FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965

THÈSE N° 841

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves DELAUNAY

né le 2 Février 1937, aux SABLES d'OLONNE - 85

Présentée et soutenue publiquement le

- LE PRATICIEN FACE AUX ETATS DEPRESSIFS -

(A propos de 49 observations)

Président : Monsieur PICHOT Professeur

Copedith, 70, Rue de Flandre, Paris 19°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves DELAUNAY

né le 2 Février 1937, aux SABLES d'OLONNE - 85

Présentée et soutenue publiquement le

- LE PRATICIEN FACE AUX ETATS DEPRESSIFS -

(A propos de 49 observations)

Président : Monsieur PICHOT Professeur

Copedith, 70, Rue de Flandre, Paris 19°

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
- LEIDEN -

15/3/1965

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.
1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)

	MM.
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOFF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	N...
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie	CABROL (C.)
Anatomie pathologique	BOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Physique médicale	GREMY (F.) ROUCAYROL (J.-C.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

Faible hommage de ma reconnaissance.

A ma Femme,

A ma Fille,

A mes Beaux-Parents,

A toute ma Famille,

A mes Amis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544307_0062

A Monsieur le Professeur PICHOT

Professeur à la Faculté de Médecine
de PARIS.

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

Hommage de mon profond respect.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Professeur M. AUBRY
Monsieur le Docteur M. BOLGERT
Monsieur le Docteur J. BOUSSER
Monsieur le Professeur P. CASTAIGNE
Monsieur le Docteur J. CAUCHOIS
Monsieur le Professeur J. DELAY
Monsieur le Professeur M. DEROT
Monsieur le Professeur J. HAMBURGER
Monsieur le Docteur J. LE MELLETIER
Monsieur le Professeur P. MOLLARET
Monsieur le Professeur R. MOREAU
Monsieur le Professeur P. MORIN
Monsieur le Professeur F. POILLEUX
Monsieur le Professeur G. RENARD

Hommages et remerciements.

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Docteur M. BOLTANSKI
Monsieur le Docteur F. LAYANI
Monsieur le Docteur M. PESTEL
Monsieur le Professeur Agrégé R. MALLET

Qui m'ont accueilli avec la plus grande bienveillance dans leurs services.

Mon hommage de profonde et respectueuse gratitude.

A mes Maîtres à la Faculté,

A Monsieur le Professeur J. CHEYMOL,

Qui me fait le grand honneur de m'accepter comme Assistant de pharmacologie.

En témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. LECHAT,

Qui a bien voulu m'accueillir dans son Laboratoire de la Faculté,

En témoignage de gratitude.

A Mademoiselle le Docteur F. BONNENFANT AIHP

Attachée à l'Hôpital des Enfants Malades,

Ma profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'elle a bien voulu me témoigner tout particulièrement pendant mon séjour à l'Hôpital Hérold.

A Monsieur le Docteur R. JAME AIHP,

Dont j'étais l'interne à l'Hôpital Départemental de RUEIL-MALMAISON.

Témoignage de mon respectueux dévouement et de ma profonde gratitude pour l'enseignement et les sages conseils qu'il m'a toujours prodigués pendant les deux années passées dans son service.

INTRODUCTION

On constate actuellement une nette tendance à reconsidérer la maladie mentale, de nombreux ouvrages et articles médicaux lui sont chaque année consacrés, on parle beaucoup de maladie psychosomatique, de relation médecin-malade, de psychopharmacologie ...

Or, parmi les maladies mentales que le médecin généraliste est amené à rencontrer, il en est un type qui présente une importance considérable en pratique courante, ce sont les états dépressifs.

La forte augmentation des syndromes dépressifs est en effet constatée par la majorité des auteurs au cours de ces dernières années, à tel point même que "le terme de dépression est devenu un mot à la mode qui s'est glissé hors du cadre médical pour passer dans le vocabulaire courant" SCHERRER.

Beaucoup d'auteurs considèrent que 5 à 25 % de la clientèle des omnipraticiens est constituée d'états dépressifs.

Les services hospitaliers de médecine générale ne sont pas moins épargnés par l'incidence du problème, pour notre part, en une année, sur 502 admissions dans un service de médecine générale nous avons relevé 49 observations, soit une proportion de 9,76 % de syndromes dépressifs.

C'est dire que le médecin généraliste qu'il soit praticien ou hospitalier ne peut plus ignorer ce problème ; or LAPLANE constate que le "diagnostic de dépression est porté à la fois trop souvent et trop rarement" et SCHERRER signale que "ce pavillon couvre des marchandises très différentes", c'est pourquoi avant d'envisager les principaux types dépressifs que le praticien est amené à traiter, est-il souhaitable de définir les éléments fondamentaux des états dépressifs.

LE SYNDROME DEPRESSIF

Comment peut-on définir ce que l'on entend par dépression ?

En psychiatrie la dépression correspond à un complexe symptomatique variable avec des traits fondamentaux qui forment un noyau permanent PICHOT.

La dépression est donc un état pathologique constitué de symptômes liés entre eux de façon préférentielle, nous sommes donc en présence d'un syndrome.

Les auteurs s'accordent pour admettre trois éléments séméiologiques fondamentaux constituant la classique "triade dépressive".

I - LES TROUBLES DE L'HUMEUR

Ils constituent le fond primordial sans lequel il ne peut exister de dépression.

L'humeur définie par J. DELAY comme "cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donnent à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur" présente ici une tonalité particulière.

On parle de tristesse pathologique qui se lit sur le visage au masque désespéré avec ses traits abaissés et ses yeux mornes,

On parle de douleur morale dont témoignent le pessimisme des propos et la crainte des malheurs imaginaires,

On parle d'humeur dysphorique se traduisant par une perte de tout intérêt, de toute affectivité et de l'estime de soi, qui entraînent dégoût de vivre et idée de suicide.

Ce qu'il est essentiel au Praticien de dépister c'est le caractère pénible, douloureux de cette humeur parfois dénommée hyperthymie douloureuse et qui imprime sa marque sur tous les autres symptômes de l'état dépressif.

II - L'INHIBITION PSYCHIQUE ET LA DIMINUTION DES PULSIONS INSTINCTUELLES

Le ralentissement plutôt que l'inhibition psychique est habituel au cours du syndrome dépressif. Il est fait de difficultés d'élaboration des processus intellectuels, de lenteur de l'idéation, de limitation du champ de la conscience, de réduction des possibilités d'initiative et de changement des thèmes méditatifs.

Mémoire, attention, décisions sont bloquées par le pessimisme et le malheur.

De même, il n'est pas rare que les pulsions instinctuelles élémentaires soient diminuées.

III - LE RALENTISSEMENT MOTEUR

Est le troisième terme de la triade.

La pauvreté du geste "à l'économie", la démarche lente, hésitante et imprégnée de lassitude, la rareté des déplacements caractérisent ces malades. Le déprimé ne parle pas, ne répond aux questions qu'avec regret, d'une voix lente, monotone et pénible.

Même l'accomplissement des actes élémentaires de la vie courante, du travail peuvent devenir difficiles, pénibles.

Parfois, au contraire, on peut observer une agitation débordante et inefficace.

IV - A CES TROIS SYMPTOMES FONDAMENTAUX S'ASSOCIENT PLUSIEURS AUTRES SIGNES :

a - L'Anxiété :

Tantôt à peine décelable, tantôt importante (il existe des dépressions à forme anxieuse et il semble que dans ce type l'inhibition soit souvent remplacée par une agitation psychomotrice) elle provoque un surcroît d'inhibition qui vient majorer le ralentissement déjà existant.

Quoi qu'il en soit, elle ne fait pas partie intégrante du syndrome dépressif, LAPLANE remarque en effet fort justement : "c'est là un trouble dépourvu de toute spécificité puisqu'il s'agit du dénominateur commun de la plupart des affections psychiatriques".

Ce fait a été démontré par l'apport des chimiothérapies modernes "véritables auto-analyseurs" suivant l'expression de J.DELAY, ainsi les antidépresseurs tendent à augmenter l'anxiété alors que les anxiolytiques laissent subsister le syndrome dépressif.

b - Les Signes Somatiques :

Sont pratiquement constants. On connait la grande richesse des cénesthopathies pénibles accusées par ces malades, ce sont elles, bien souvent, qui les conduisent au cabinet du médecin.

Tel malade viendra pour des céphalées souvent rebelles, tel autre pour des troubles du sommeil, c'est banal, tel autre encore pour des troubles digestifs allant de la simple sensation de flatulence à la constipation la plus rebelle.

Mais le déprimé peut encore accuser bien d'autres troubles, l'anorexie est fréquente, de même que l'asthénie ou la sensation de malaise général.

Des plaintes hypochondriaques à type d'étouffement, de palpitations, de précordialgies, des douleurs vertébrales ou articulaires sont habituellement exposées par ces malades.

Bien qu'ils soient souvent teintés par l'état affectif particulier du déprimé, le généraliste habitué aux affections organiques tend à donner trop d'importance à ces symptômes somatiques et ses efforts pour en découvrir l'organicité par des examens spéciaux répétés risquent d'augmenter les troubles du patient, il faut parfois une tentative de suicide inattendue pour faire admettre la réalité d'un syndrome dépressif évoluant depuis longtemps.

c - Des Idées Délirantes :

Sont plus ou moins évidentes au cours des états dépressifs à thème de persécution, de culpabilité, d'hypochondrie ; elles majorent en règle l'anxiété et la douleur morale de ces sujets.

Nous pouvons donc dire que l'état dépressif constitue un syndrome complexe où domine la douleur morale qui imprègne tous les autres symptômes qu'il s'agisse du ralentissement psycho-moteur, de l'anxiété ou des plaintes hypochondriaques.

Cependant ce syndrome en lui-même ne représente aucun diagnostic étiologique ou nosologique, et la classification des états dépressifs est encore, à l'heure actuelle, en discussion comme le souligne FOLLIN.

J. DELAY a proposé une double classification basée d'une part sur l'intensité des symptômes dépressifs que nous venons d'analyser (distinguant dépression simple, mélancolie franche, mélancolie sévère, dépression complexe et syndrome hypochondriaque) d'autre part sur le terrain et les facteurs étiologiques des réactions dépressives.

L'intérêt de cette double classification est qu'elle permet un diagnostic pluridimensionnel FOLLIN, par ailleurs elle est simple et pratique pour le généraliste, c'est pourquoi nous utiliserons pour classer nos déprimés les grandes lignes de cette nosologie.

Ainsi nous analyserons successivement dans les chapitres ultérieurs six grandes catégories d'états dépressifs :

- Les Dépressions Mélancoliques
- Les Dépressions Réactionnelles
- Les Dépressions d'Epuisement
- Les Dépressions Névrotiques
- Les Dépressions Symptomatiques
- Les Dépressions Involutives et Préséniles.

LA DEPRESSION MELANCOLIQUE

Affection fréquente (environ 1 % de la population pour BERTAGNA) elle réalise le type même du syndrome dépressif.

Bien étudiée au 19ème siècle, c'est à KRAEPELIN, en 1899, que revient le mérite d'avoir individualisé la psychose maniaco-dépressive qui correspond en fait à une alternance de deux états :

- L'un maniaque se traduit par euphorie et excitation psycho-motrice ;

- L'autre, mélancolique, se traduit par douleur morale et inhibition psycho-motrice.

En fait si l'on retrouve souvent l'alternance de ces deux états, on considère actuellement que nombre de mélancolies authentiques ne sont pas précédées de phases maniaques.

Ainsi KIELHOLZ à BALE sur 232 malades atteints de mélancolie retrouve :

- 62 % de mélancolies seules,

- 34 % de psychoses maniaco-dépressives.

Nous avons constaté parmi nos 49 cas de dépression 5 mélancolies.

I - OBSERVATIONS

OBS. 1 - Mr L... Laurent, 60 ans.

Veuf depuis 11 ans
Cardiopathie mitrale bien tolérée.
Déportation en camp de concentration japonais en Indochine.
Accès maniaque il y a deux ans.
Présente quelques difficultés affectives avec son fils, liées à une mésentente avec sa Belle-Fille.

Admis pour : Dépression Mélancolique.

Malade hyperémotif. Labilité psychique marquée.
Se présente comme un grand déprimé, pleure et geint.
Douleur morale assez marquée avec idée de culpabilité (s'accuse des ennuis conjugaux de son fils) et idée d'inutilité.
Impression d'échec et d'ennui profond. Anxiété moyenne.
Accuse insomnies rebelles, anorexie, amaigrissement, asthénie.
Envie de suicide.
Traité un mois par : IMIPRAMINE
LEVOMEPROMAZINE
HEPTAMINOL
Sortie après fin de l'accès.

OBS. 2 - Mr C... Robert, 41 ans.

Marié, deux enfants
Mère aurait présenté affection cyclothymique ?
Dépression mélancolique il y a un an avec tentative de suicide médicamenteux.

Admis pour : Coma toxique (neuroleptique + barbiturique)
Réveil après 24 heures de réanimation.

Douleur morale particulièrement marquée, avec pessimisme, ennui intense, "tout me dégoute y compris moi-même" autodépréciation "je suis indigne", "je suis inadapté", "je ne pense même pas à mes enfants", pleure.
Veut se supprimer.
Intellect ralenti avec activité motrice réduite.
Accuse céphalées intenses et anorexie.

Après raptus anxieux fait une fugue qui nécessite le placement en milieu psychiatrique.

OBS. 3 - Mr A... Robert, 54 ans.

Veuf. 3 grands enfants. Père alcoolique.
Bronchite chronique - éthylisme (2 cures de désintoxication, la seconde avec succès dans le service il y a 18 mois).
Petit syndrome dépressif en 1949.

Admis pour : Amaigrissement de 10 kilos - Vertiges - Anorexie et Constipation

Le malade accuse des cenestopathies multiples :

- vertiges et sifflements d'oreilles,
- paresthésies des membres inférieurs avec dérobement à la marche
- douleurs périnéales et constipation opiniâtre
- une anorexie globale et asthénie croissante.

En raison des antécédents éthyliques du patient nous avons rattaché une partie des troubles à cette étiologie mais avons néanmoins multiplié les examens à la recherche d'une organicité qui ne fut pas confirmée, par ces derniers.

La triade dépressive se complèta devant l'échec de nos investigations.

Firent leur apparition :

Une douleur morale intense avec autodépréciation marquée "je suis un salaud, pendez-moi", "le cancer dévore mes parties", autoaccusation "ma femme est morte à cause de moi", "on va fusiller mon fils", "je suis perdu je le sais bien" ...

Le ralentissement intellectuel est marqué.

L'asthénie importante. L'anorexie augmente. Des insomnies surviennent.

Une consultation de neuropsychiatrie confirme le diagnostic de mélancolie.

Le traitement par IMIPRAMINE
LEVOMEPROMAZINE
HEPTAMINOL est mis en oeuvre.

Après 7 jours le malade fait un raptus suicidaire et se jette par la fenêtre du premier étage.

Il en résulte : 1 Fracture du crâne
1 Fracture du bassin
1 Fracture du coude G.

Le choc traumatique provoque une amélioration psychiatrique durant 48 heures.

Après amélioration de l'état chirurgical, le malade est transféré en milieu psychiatrique.

OBS. 4 - Mr P... Camille 65 ans.

Marié sans enfant.
Epispadias opéré 19 fois. Déficience sexuelle.
Rein unique congénital et lithiase vésicale.
Bronchite chronique.
Mélancolie connue et traitée depuis 6 ans.

Admis pour : Coma Toxique (Neuroleptiques + thymoanaleptiques + barbituriques).
5 jours de coma.

Malade instable, hyperémotif, manquant de confiance en soi.
Faciès figé, douloureux.
Douleur morale intense, se croit "fini" avec idée de ruine, auto-dépréciation, pessimisme, "est inutile", "vie aura été un échec".
Accuse céphalées, asthénie, amaigrissement 6-8 kilos en 2 mois.
Suicide appelé comme "une délivrance".

Traité 2 mois par IMIPRAMINE
LEVOMEPROMAZINE
HEPTAMINOL avec succès.

Suivi en consultation pour sa bronchite chronique, conserve état satisfaisant depuis 7 mois.

OBS. 5 - Mme L... Simone, 53 ans.

Mariée, 2 enfants.
Maniaco-dépressive depuis 1960, date de la ménopause avec phase de mélancolie délirante et phase d'excitation euphorique.

Admise pour : Coma Toxique (neuroleptique + barbiturique)
2 jours de coma.

Malade angoissée, manquant de confiance en soi.
Prostration avec faciès douloureux figé.
La douleur morale est marquée avec pessimisme important, sentiment d'indignité vis à vis de la famille.
Ralentissement intellectuel marqué proche de l'hébétude.
Inactivité totale.
Accuse asthénie, anorexie, céphalées frontales, rachialgies, insomnies, constipation.
Désire le suicide pour "se débarrasser de tout".

Transfert en milieu psychiatrique une fois le pronostic vital écarté.

II - LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

Sont intéressants à considérer par le Praticien et sont classés en facteurs endogènes et exogènes.

A - Les Facteurs ENDOGENES : Sont considérés, du moins en EUROPE, comme fondamentaux.

1 - Le Rôle de l'Hérédité :

Bien que nié par les auteurs américains, semble indiscutable. Dans la statistique de KIELHOLZ on trouve une tare héréditaire dans :

- 75 % des cas de maniaco-dépressives,
- 43 % des cas de mélancolies simples.

La majorité des auteurs considèrent que la probabilité de psychose maniaco-dépressive est augmentée de 10 à 15 fois par rapport à la population normale, chez les enfants d'un seul parent mélancolique.

Nous n'avons retrouvé d'hérédité mélancolique que dans l'une de nos observations (OBS. 2), mais l'on doit préciser que ce facteur peut être atténué, les parents ne présentant que des formes mineures ou volontairement caché par le malade et son entourage.

2 - Le Caractère pré-morbide :

Est un facteur essentiel que le Praticien devra s'efforcer de dégager.

Les travaux de KRETSCHNER, MAYER-GROSS et SLATER révèlent qu'il semble exister une certaine corrélation entre le type physique et le type de dépression mélancolique.

Le type pycnique (sujets à structure horizontale, aux formes épaisses, macrosplanchniques) "tout en largeur" serait plus souvent retrouvé chez le mélancolique.

Plus intéressante pour le généraliste est la notion de terrain psychologique pré-existant.

La majorité des auteurs s'accordent à retrouver chez leurs malades une hyperémotivité, une instabilité, un manque de confiance en soi, voire de l'angoisse et surtout une altération des réactions émotionnelles.

Nous avons rencontré des faits semblables dans le caractère de trois de nos malades (OBS 1 - 2 - 4).

3 - L'âge et le Sexe :

Il semble que les premières manifestations mélancoliques apparaissent avec un maximum de fréquence vers 20 - 25 ans, mais une seconde période vers 40 - 50 ans (cas des OBS. 2 - 3 - 5) est notée.

Ceci semble surtout net chez les femmes mais se retrouve bien qu'à un degré moindre chez l'homme.

B - Les Facteurs EXOGENES :

1 - Organiques :

Ils auraient pour certains auteurs (LANGE, KIELHOLZ) un rôle favorisant. En particulier les étapes de la vie génitale chez la femme sont souvent notées lors de l'éclosion des premières manifestations mélancoliques (OBS. 5).

2 - Psychologiques :

Ils sont considérés comme essentiels par les auteurs américains (ARIETI ...) en particulier les facteurs sociaux agissant sur une personnalité acquise dans l'enfance.

En fait, il est probable comme le notent PICHOT et KIELHOLZ que ces facteurs psychologiques soient accessoires, sinon le caractère endogène de la mélancolie qui est généralement admis depuis longtemps et d'ailleurs prouvé statistiquement serait remis en question et l'on devrait ramener les mélancolies dans le cadre des dépressions névrotiques ou réactionnelles.

III - CLINIQUE

Pour le Praticien les dépressions mélancoliques posent des problèmes de diagnostic.

Nous n'envisagerons pas ici les accès maniaques mais uniquement la crise mélancolique qui, classiquement, se divise en deux phases.

A - La Phase PRODROMIQUE :

Le début de la maladie est en effet progressif, prenant le masque d'une dépression simple ou réactionnelle.

Le patient se présente comme un psychasthénique ou un surmené accusant :

- une asthénie plus ou moins marquée, surtout matinale,
- des difficultés de travail,

Symptômes assez peu évocateurs pour le praticien, habitué aux méfaits de la vie moderne sur l'homme, d'autant plus que des signes somatiques souvent nombreux viennent tendre un piège à sa sagacité :

- troubles du sommeil, qui devient irrégulier, entrecoupé de rêves ou de cauchemards, accentuant l'asthénie du matin ;
- troubles digestifs : bouche sèche, constipation, colite spasmodique, perte d'appétit facteur d'amaigrissement ;
- douleurs variées : céphalées, rachialgies, algies intercostales.

SEGLAS insiste avec beaucoup de pertinence sur la valeur de cette phase qui progressivement s'accentue pour arriver au stade d'inhibition psychomotrice avec perte de toute initiative et qui exprime un sentiment corporel douloureux.

Beaucoup plus rarement on entre d'emblée dans la phase d'état.

B - La Phase d'ETAT :

Réalise le tableau typique de la mélancolie et impose le diagnostic.

1 - Les signes somatiques extra-psychiques :

du début sont accentués, ce sont encore eux qui amènent parfois le malade au généraliste.

L'insomnie est en règle intense, rebelle aux thérapeutiques habituelles. Nous l'avons trouvée dans les 5 observations.

L'amaigrissement est très fréquent (observations 1-3 et 4).

- Les troubles digestifs sont pratiquement constants (observations 3 et 5), souvent importants.
  Les malades accusent une anorexie plus ou moins marquée, une tendance nauséeuse, une "sensation de boule dans la gorge" empêchant tout aliment de passer, une constipation souvent rebelle une colite spasmodique.
  Ces troubles associés à l'amaigrissement chez un sujet de plus de 40 ans sont plus évocateurs pour un généraliste d'une affection digestive néoplasique que d'une mélancolie.
- Les troubles génito-urinaires : aménorrhées, oligoménorrhées, dysménorrhées sont classiques. L'impuissance, la frigidité sont parfois remplacées par une exacerbation sexuelle.
  Oligurie et incontinence peuvent se voir.
- Les troubles vaso-moteurs : associent céphalées, vertiges, sifflements auriculaires (observation 5), acrocyanose, sueurs profuses, moiteur des extrémités.
- Les troubles cardio-vasculaires : palpitations, précordialgies, oppressions thoraciques sont particulièrement fréquents.
- Les algies thoraciques, rachidiennes, périnéales, sont également des phénomènes de rencontre courante.

2 - Les Signes Psychiques

Réalisent les trois symptômes dépressifs fondamentaux dans leur forme la plus typique.

a - les troubles de l'humeur

Sont particulièrement marqués, traduisant toujours une souffrance morale profonde.

Cette douleur morale "perte de l'élan vital" disait BERGSON est d'une particulière intensité, rendant souvent les malades insensibles aux plus grandes douleurs physiques (c'est le cas de notre malade de l'observation 3 qui ne se plaignait pas de ses fractures après sa défenestration) ou aux tourments émotionnels ne s'intégrant pas dans leurs préoccupations morbides.

Elle traduit une angoisse, une tristesse, une détresse profonde que le malade ne peut surmonter et, fait remarquable, c'est souvent le matin que ces troubles revêtent une particulière intensité.

Toute la vie du malade se trouve alors transformée par cette métamorphose du moi non ressentie comme pathologique.

Toute argumentation logique, tout fait évident sera interprété et employé par le mélancolique pour renforcer et justifier son désespoir, c'est là que le Praticien devra reconnaître l'origine morbide des troubles et ne pas penser à une simple exagération du malade ne nécessitant que quelques paroles de réconfort.

Certains thèmes de souffrance morale sont particulièrement remarquables et caractéristiques :

- L'autodépréciation ou indignité est presque constante.
  Le malade s'acharne à démontrer qu'il est dénué de toute valeur morale.
  Il est indigne de son conjoint, de ses enfants, de ses amis, de sa profession (observations 2-3 et 4).
  Non seulement il clame qu'il est bête, raté, égoïste, sans courage et sans volonté, mais il insiste pour faire croire qu'il en fut toujours ainsi.
  Ceci doit attirer l'attention du médecin car justement le patient ne présentait pas d'anomalies caractérielles de ce type avant.

- L'autoaccusation ou culpabilité moins fréquente pour BERTAGNA mais tout aussi significative.
  Fait remarquable, c'est en général dans le passé que les patients recherchent "leurs fautes" soit imaginaires (observation 3) , soit minimes mais démesurément grossies (observation 1), à la hauteur de leur souffrance morale, soit importantes mais surgies du passé à l'occasion de la mélancolie. Le fait est assez caractéristique, il est très difficile au mélancolique, pour ne pas dire impossible, d'extrapoler dans l'avenir.
  Le malade s'accuse non seulement de son malheur passé et présent, mais aussi de celui de ses proches (observations 1 et 3), de ses amis, pour lesquels il mérite et réclame souvent un châtiment ("pendez-moi" du malade de l'observation 3).

- Le pessimisme intense et systématique de ces sujets sert d'aliment de base à la souffrance morale, aboutissant à des idées d'incurabilité (observation 3) de ruine, "je suis perdu, fini, rien ne pourra me sortir de là" sont les termes habituellement sans cesse répétés.

- La perplexité anxieuse est une forme particulièrement dramatique de la douleur morale BERTAGNA.
  Elle se rencontre dans certaines formes de mélancolies où le malade est perpétuellement à la recherche d'une solution à son drame, solution impossible à trouver en raison de son incapacité à faire un choix sans qu'il soit aussitôt ressenti comme une souffrance nouvelle.

- L'ennui est souvent rencontré chez le mélancolique où il prend une résonnance dramatique (observations 1 et 2), tout devient désintérêt, désespoir, sur les plans affectif, spirituel, intellectuel et artistique, laissant la porte ouverte au suicide. Cette "anesthésie" affective est souvent douloureusement ressentie par le malade, même les êtres les plus chers n'ont plus d'attrait pour lui (observation 2).

- Les préoccupations hypochondriaques, nous l'avons signalé sont souvent au premier plan, le Praticien ne trouve bien entendu aucune organicité à ces troubles ce qui laisse le malade convaincu qu'on lui cache une maladie incurable et ceci aggrave sa déchéance.
  Les idées de putréfaction viscérale, de lésions honteuses, la cancérophobie - (comme chez notre malade de l'observation 3) - deviennent des sources nouvelles de douleur morale.

b - les troubles intellectuels

Sont pratiquement constants.

Le ralentissement intellectuel que nous avons déjà décrit en définissant la triade dépressive est ici particulièrement important. Nous l'avons retrouvé à des degrés variables dans nos cinq observations.

Les malades sont difficiles à "extraire" de leur pessimisme, leur lenteur idéatoire, leurs pleurs, leurs gémissements, leur mutisme parfois sont autant de facteurs déroutants pour le Généraliste. Ils sont parfois marqués à tel point qu'ils confinent les malades dans un état d'hébétude (cas de l'observation 5).

De même les pulsions instinctuelles sont habituellement diminuées.

c - les troubles de l'activité

Sont très marqués chez le mélancolique, parfois figé dans une immobilité constante, penché en avant, la tête entre les mains. Tous les gestes sont lents, sans vigueur, parfois hésitants ou ébauchés, traduisant l'inaptitude à se décider, la démarche traînante en est la meilleure traduction.

La parole faible, monotone, hésitante avec de longs silences où le visage du malade reflète la douleur intense et l'angoisse par son regard désespéré, ses traits rigides, ses sourcils froncés réalisant le classique "oméga" mélancolique.

d - le risque de suicide

Etant le problème majeur des états dépressifs sera envisagé dans un chapitre ultérieur, notons néanmoins qu'il est particulièrement redoutable chez le mélancolique et doit toujours rester le souci du Praticien, qui n'arrivera au diagnostic de mélancolie qu'après avoir reconnu les symptômes clés de la triade dépressive et tenu

compte des facteurs étiologiques, dans tous les cas le recours au Spécialiste s'impose et en cas de tendance au suicide l'hospitalisation en milieu psychiatrique sera la meilleure thérapeutique.

C - Les Formes CLINIQUES

1 - La mélancolie stuporeuse :

Traduit l'inhibition à son stade ultime et nécessite en raison du risque de suicide un placement d'urgence.

2 - La mélancolie anxieuse :

Où la douleur morale est particulièrement atroce et effroyable, conduisant rapidement le malade aux actes auto-agressifs, nécessite également le placement en milieu psychiatrique.

3 - La mélancolie délirante :

A thème d'auto-accusation particulièrement marqué, devra être adressée au Spécialiste.

D - L'EVOLUTION

Intéresse non seulement le spécialiste mais aussi le praticien. "La crise mélancolique guérit toujours" BERTAGNA, mais en général elle dure longtemps, 6 à 8 mois en moyenne, un problème domine ce chapitre, celui des rechutes et des récidives après un temps plus ou moins court qui replace le médecin devant des problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

E - LE TRAITEMENT

En aucun cas, le mélancolique ne sera traité au début en ambulatoire, l'hospitalisation s'impose donc .

Nous serons brefs puisqu'il est du domaine de la spécialité. Disons cependant que les électrochocs et la chimiothérapie se partagent les succès :

Pour LAMBERT, 90 % des succès vont à la sismothérapie.
50 à 70 % vont à la chimiothérapie.

Mais, ni l'une ni l'autre n'évitent les récidives.

LES DEPRESSIONS REACTIONNELLES

On désigne sous ce terme les syndromes dépressifs apparaissant en liaison causale étroite avec un évènement psychologique traumatisant et dont les préoccupations morbides du sujet restent centrées sur la cause psychologique ayant déclenché la dépression.

Les dépressions réactionnelles occupent une place de choix en pratique médicale courante car c'est en effet à l'omnipraticien que ces malades viendront habituellement conter leurs troubles.

Nous avons rencontré 20 malades présentant une dépression réactionnelle parmi nos 49 observations, c'est dire leur fréquence.

I - OBSERVATIONS

OBS. 6 - Personnelle. Mme S..., 39 ans.

Mariée, 4 enfants.
Personnalité très dépendante, hyperémotive, manque de confiance en soi.

Dépression réactionnelle au décès de sa mère il y a 6 ans, suivie d'un séjour en maison psychiatrique. Recrudescence avec rechute au moment de l'anniversaire du deuil.

On note :

- anxiété marquée avec angoisse
- humeur triste centrée sur la perte de sa mère "dont elle ne s'est jamais remise"
- ennui de tout, majoré par vie désagréable dans grand ensemble immobilier de 12 étages
- troubles somatiques polymorphes mais à prédominance cardio-vasculaire (palpitations)
- insomnie rebelle avec abus des barbituriques.

Traitée 6 mois par : LEVOMEPROMAZINE
IMIPRAMINE
HEPTAMINOL. Succès.

OBS. 7 - Melle L... Paulette, 42 ans.

Célibataire sans antécédents psychiatriques.
Caractère leptosome avec personnalité schizoïde.
Admise pour dépression réactionnelle au décès de sa mère, il y a un mois.

On note :

- anxiété marquée, sentiment de solitude
- tristesse pathologique "n'arrive pas à retirer cet évènement de son esprit", "n'a plus de raison de vivre",
- asthénie importante avec anorexie mais prise de poids
- céphalées du matin - insomnies (pense toujours à son deuil)

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
TRIMEPRIMINE.

L'amélioration est nette après un mois, mais découverte d'un petit fibrome utérin nécessitant une intervention qui provoque une rechute jugulée par une reprise du traitement.
Revue 8 mois plus tard en bon état psychiatrique.

OBS. 8 - Mr B... Michel, 36 ans.

Célibataire, fond psychasthénique, petit éthylisme datant du service militaire - difficultés professionnelles et financières.

Admis pour amaigrissement et céphalées.

On note :

- céphalées importantes, résistantes aux salicylés
- insomnies d'endormissement
- asthénie marquée, difficulté de travail "sans aucun sens"
- anorexie avec amaigrissement depuis un mois
- angoissé, voit l'avenir avec tristesse, "je n'arrive pas à me fixer", "sentiment de vide"
- finalement avoue une déception sentimentale il y a 2 mois, douloureusement ressentie
- évoque le suicide comme une libération.

Traité par : PSYCHOTHERAPIE
OPIPRAMOL
MEPROBAMATE, qui provoque la disparition des troubles en 3 semaines.

OBS. 9 - Mr B... Henri, 50 ans.

"Célibataire" depuis l'abandon de sa femme, il y a 4 ans, suivi d'éthylisme pour oublier.
2 tentatives de suicide en 1964 et 1965 toutes deux aux barbituriques, et vers la période "anniversaire" du départ de sa femme.

Admis pour : 3e tentative de suicide par barbiturique,
réanimation entraîne réveil rapide.

On note :

- anxiété importante tournant autour de "son avenir bien sombre"
- tristesse et ennui l'oppressent, n'a "aucun goût à la vie", pleure en parlant de son ex-épouse qui "était tout pour lui"
- accuse des vertiges avec céphalées paroxystiques, des insomnies totales, des épigastralgies, de l'impuissance sexuelle,
- pense au suicide, souvent, pour se libérer.

Traité par : IMIPRAMINE
LEVOMEPROMAZINE
HEPTAMINOL , on constate un léger mieux au bout de 12 jours au moment du départ du malade en milieu spécialisé.

OBS. 10 - Mme F... Renée, 39 ans.

Mariée 1 enfant. Fond mental immature. Hyperémotivité.
Tentative de suicide il y a un an lors d'un état dépressif, consécutif au décès de son père dans un accident de la circulation. Etat conflictuel avec son mari (impulsif et violent).

Admise pour : Tentative de suicide aux barbituriques à la suite d'une violente discussion avec son mari.

On note au réveil :

- douleur morale intense avec légère inhibition psychique et ralentissement moteur,
- impression de vide, de dégoût, cherche à se suicider pour ne plus "penser à son malheur conjugal", frigidité,
- plaintes somatiques réduites aux céphalées et insomnies (avec abus des barbituriques).

Transfert dans le service où elle avait été traitée lors de son premier épisode dépressif.

OBS. 11 - Mme C... Françoise, 42 ans.

Veuve sans enfant.
Admise pour tentative de suicide aux barbituriques : 12 h. d'inconscience.

On note :

- douleur morale marquée consécutive au décès de son mari par cancer. Ressent une grande impression de "vide affectif" et de frustration - pleure, ne cesse "de penser à lui",
- anxiété et angoisse importantes,
- veut mourir pour "rejoindre son mari"

Sortie contre avis médical après 72 heures.

OBS. 12 - Mr G... Jean, 42 ans.

Marié, 2 enfants, introverti et tourmenté.
Mésentente avec son épouse (d'origine slave) sur le plan sexuel (elle subit les rapports) et moral (kleptomanie), petit éthylisme de compensation.

Admis pour : tentative de suicide par un tube de Chlordiazepoxide consécutif à conflit avec sa femme devant passer en jugement pour vol.

On note :

- douleur morale intense, impression de déshonneur,
- anxiété marquée, voit l'avenir sous un jour sombre
- accuse insomnies, céphalées, anorexie et constipation
- pense au suicide "pour se libérer".

Traité par : PSYCHOTHERAPIE
NIALAMIDE, qui apportent une grosse amélioration.
Le jugement favorable prononcé contre sa femme apporte une libération définitive ; sortie après 1 mois.

OBS. 13 - Mr T ... René , 44 ans.

Divorcé depuis deux ans, introverti, immaturité affective nette, pas d'antécédents psychiatriques notables.
Ethylisme.

Admis pour : tentative de suicide par noyade à la suite d'ennuis avec son ex-femme pour non paiement de pension alimentaire.

On note :

- outre un contact délicat à établir,
- tristesse marquée "pas d'avenir", "ennui de tout", "se sent une épave",
- céphalées et insomnies,
- suicide cherché "pour en finir"

Traité par : PSYCHOTHERAPIE
NIALAMIDE, sortie après 3 semaines, amélioré.

OBS. 14 - Mme B... Jeanine, 31 ans.

Mariée, 4 enfants
Mésentente conjugale (mari alcoolique, brutal, jaloux).

Admise pour : tentative de suicide par section des veines de l'avant-bras à la suite d'une dispute avec son mari.

On note :

- douleur morale intense avec angoisse, "impression de vivre un enfer",

- dégoût de vivre
- frigidité avec dégoût des rapports sexuels, son mari l'accuse d'avoir un amant,
- idée de suicide.

Traitée par : TRIMEPRIMINE
PSYCHOTHERAPIE, sortie améliorée après 3 semaines.

OBS. 15 - Mme J... Berthe, 48 ans.

Mariée, 5 grands enfants,
Pas d'antécédents psychiatriques.
Actuellement en période ménopausique depuis un an.

Admise pour : tentative de suicide polymédicamenteuse à la suite d'une grave mésentente conjugale et demande de divorce du mari.

On note :

- anxiété marquée auto-entretenue
- tristesse extrême avec sensation de vide, d'échec, d'incapacité
- asthénie importante, céphalée, insomnies totales
- anorexie "boule dans la gorge", prend du poids cependant
- suicide serait "une solution".

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
TRIMEPRIMINE
MEPROBAMATE, sortie améliorée après un mois.

OBS. 16 - Mme G... Nicole, 21 ans.

Anglaise parlant peu notre langue. Mariage récent avec français souvent en déplacement pour son travail.
Adressée pour tentative de suicide par un tube de chloroquine.

On note :

- impression d'isolement de dépaysement majorée par mésentente avec belle-mère autoritaire, peu compréhensive "et qui lui fait bien sentir"
- léger sentiment d'autodépréciation majoré par les sarcasmes de la belle-mère sur ses talents culinaires et ménagers
- accuse des céphalées et une insomnie modérée,
- l'anxiété est assez marquée, majorée par l'impression d'insécurité
- le suicide est assez peu désiré en fait.

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
NIALAMIDE, sortie sur l'insistance de la famille après 12 jours.

OBS. 17 - Mme S... Michèle, 24 ans.

Mariée, sans enfant .
Pas d'antécédents psychiatriques.
Type leptosome net et caractère schizoïde.

Admise pour : tentative de suicide par salicylés + barbituriques.

On note :

- mésentente conjugale depuis 5 ans, compensée par "prise d'un amant", lequel est devenu "très froid lorsque je lui au parlé mariage et divorce", grosse déception,
- sentiment de vide affectif avec anxiété pour l'avenir,
- insomnie et anorexie,
- mort peu désirée en fait.

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
NIALAMIDE, sortie améliorée après 21 jours.

OBS. 18 - Mr S... Fernand, 21 ans.

Marié sans enfant, fait actuellement son service militaire.
Dépression réactionnelle à conflit sentimental il y a un an, avec tentative de suicide par barbituriques.
Immaturité affective, légère difficulté d'intégration à la vie militaire.

Admis pour : tentative de suicide au gaz de ville.

On note :

- angoisse importante, voit "l'avenir en noir",
- douleur morale, sentiment d'échec de son mariage (trouve en arrivant en permission sa femme au lit avec un amant), impuissance sexuelle modérée, épisodique,
- inhibition psychique importante, repense tout le temps à son "malheur",
- anorexie globale, céphalées (mais intoxication légère au gaz),
- lassitude de la vie veut la mort "pour ne plus souffrir".

Après 48 heures transfert à l'autorité militaire.

OBS. 19 - Mme K... Josiane, 21 ans.

Mariée depuis un an.
Immaturité affective - hyperémotivité.

Admise pour : tentative de suicide par Triméprimine (40 comprimés
réanimation rapide évite des troubles majeurs.

On note :

- mésentente conjugale depuis le mariage majorée par les difficultés financières du ménage, les conditions de logement mauvaises,

- tristesse marquée, "impression de vie gâchée", autodépréciation, "ne sait pas s'organiser", "je crois bien faire mais ne fais que des bêtises",
- insomnies et céphalées du matin, précordialgies,
- pas de désir profond de mort mais "voulait faire quelque chose".

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
NIALAMIDE, amélioration et sortie après 18 jours.

OBS. 20 - Mr R... Gérard, 26 ans.

Célibataire, mère aurait fait dépression nerveuse,
Labilité affective nette, hyperémotivité, instabilité professionnelle.

Admis pour : tentative de suicide par acide acétyl-salicylique (30 g.) à la suite d'une déception sentimentale.

On note :

- désespoir avec gémissements et pleurs, "se sent rejeté par tous", "avait fondé de grands espoirs dans cette aventure sentimentale" qui lui avait donné "la joie de vivre".
- céphalées frontales, insomnies rebelles
- désir "d'en finir", la mort serait "une délivrance".

Traité par : TRIMEPRIMINE, légère amélioration mais sortie contre avis médical au 16° jour.

Deux mois plus tard, seconde tentative de suicide en province.

OBS. 21 - Mme H... Emilie, 63 ans.

Ethylisme.
Pas d'antécédents neuropsychiatriques.

Admise pour : Etat dépressif secondaire au décès de son mari, il y a deux mois.

On note :

- anxiété assez marquée,
- douleur morale intense avec sentiment de solitude, ennui et dégoût de tout, ne cesse de "repenser au malheur qui lui arrive",
- céphalées, anorexie importante,
- parle de suicide "n'ayant aucune raison de vivre".

Traitée par : TRIMEPRIMINE, sortie améliorée après 23 jours.

OBS. 22 - Mme L... Annick, 28 ans.

Mariée, 1 enfant, institutrice.
Un syndrome dépressif d'épuisement il y a 2 ans.
Immaturité affective, très scrupuleuse.

Admise pour : Tentative de suicide par Diazepam,
consécutive à l'annonce du divorce de ses parents.

On note :

- anxiété, désespoir intense, pleurs, sentiment de vide, de dégoût, "n'arrive pas à y croire",
- anorexie, asthénie, céphalées,
- suicide serait "une délivrance".

Transfert sous la responsabilité du mari en clinique psychiatrique.

OBS. 23 - Melle L... Nicole, 19 ans.

Vit maritalement depuis un an,
Hyperémotivité, immaturité psycho-affective.

Admise pour : Etat dépressif consécutif à l'abandon de son ami sur lequel "reposait toute sa vie".

On note :

- anxiété auto-entretenue par les interrogations que se pose la malade,
- tristesse, impression de vie gâchée, sans but, ne sait ce qu'elle va devenir, peur de la solitude,
- céphalées, anorexie totale depuis 8 jours,
- évoque le suicide.

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
VITAMINOTHERAPIE
OPIPRAMOL, sortie améliorée après 8 jours.

OBS. 24 - Mme T ... Madeleine, 46 ans.

Mariée, 2 grands enfants.
Ménopause débutante avec hyperémotivité marquée.

Admise pour : tentative de suicide par la Colchicine (20 mg), consécutive à la reprise par la Belle-fille de "sa petite fille adorée" dont elle avait la garde.

Outre un syndrome abdominal douloureux avec diarrhée profuse nécessitant une réhydratation pendant cinq jours.

On note :

- anxiété marquée centrée sur l'avenir de l'enfant,
- douleur morale intense avec sentiment de frustration affective, dégoût de tout, sans joie "qui est partie avec sa petite-fille",
- insomnie rebelle, palpitations,
- mort assez peu désirée en fait.

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
TRIMEPRIMINE, sortie améliorée après 20 jours.

OBS. 25 - Mme D... Hilarie, 66 ans.

Veuve depuis 10 ans, a bien supporté l'épreuve.
Diabète gras léger.

Admise pour : Tentative de suicide par barbiturique, consécutive au départ de sa petite fille qu'elle avait en garde depuis un an.

On note :

- tristesse importante avec sensation de vide et d'inutilité, "ne peut se faire au départ de l'enfant",
- anorexie globale avec asthénie,
- céphalées et insomnies, "pleure et pense à sa petite-fille toute la nuit",
- mort désirée, "je n'ai plus qu'à disparaître".

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
TRIMEPRIMINE, sortie améliorée après 21 jours.

- FACTEURS ETIOLOGIQUES

Si la dépression réactionnelle diffère de par sa définition même, de la mélancolie endogène, son cadre nosologique est encore assez mal défini, LEMPERIERE, PICHOT.

Bien que contestée par certains auteurs, EY en particulier, l'autonomie clinique de cet état dépressif semble actuellement se justifier sur une série d'arguments permettant de le différencier,

- de la mélancolie endogène d'une part,
- de la dépression névrotique d'autre part.

A - Les Facteurs ENDOGENES :

1 - Le Rôle de l'Hérédité :

EY refuse d'admettre l'autonomie de la dépression réactionnelle en sa basant sur le fait qu'il retrouve le même pourcentage d'hérédité maniaco-dépressive chez ses malades mélancoliques et réactionnels.

Il semble cependant, et la majorité des auteurs s'accordent sur ce point, que le rôle de l'hérédité soit bien inférieur dans les états dépressifs réactionnels à celui rencontré chez les mélancoliques tout en étant supérieur à celui rencontré dans la population normale.

Pour notre part, nous n'avons pas retrouvé d'antécédents maniaco-dépressifs dans l'ascendance de nos malades.

2 - Le Caractère Pré-morbide :

Est naturellement un élément essentiel.

Le type physique leptosome, sujets longilignes, aux formes minces, microsplanchnique, (tout en longueur), semble prédominer nettement (43 % contre 23 % chez les mélancoliques dans la statistique de KIELHOLZ). Alors que le type pycnique est plus souvent rencontré chez les maniaco-dépressifs.

Le terrain psychologique préexistant présente beaucoup plus d'intérêt pour le Praticien, et il est assez remarquable : KIELHOLZ classe ses 160 malades en 4 groupes :

- 74 % sont des émotifs, manquant de confiance en soi, prenant tout au tragique, exagérément consciencieux et fermés, ce sont des gens extrêmement scrupuleux poussant l'amour de l'ordre jusqu'à la pédanterie, leur sensibilité et leur susceptibilité les rend souvent taciturnes, réticents et timides.

  Ils n'extériorisent pas leurs sentiments et n'arrivent pas à réaliser leurs intentions lorsque les évènements mettant en jeu leur émotivité les poussent à agir.

- 12 % sont des sujets obstinés, susceptibles, irritables, portés à la contradiction, toujours prêts à se révolter contre un évènement désagréable, éternellement incompris et croyant en toute circonstance que leur honneur est en jeu.

- 10 % sont des schizoïdes, d'une émotivité désordonnée ayant des réactions aussi difficiles à prévoir qu'à influencer. Ce sont des sujets qui ne se livrent pas facilement : ils sont timides et repliés sur eux-mêmes. Leur état dépressif est souvent masqué par un manque apparent de sentiment, une susceptibilité et une mauvaise humeur qui créent le vide autour d'eux.

- 4 % seulement sont des individus sociables, aimables, joviaux, pleins d'humour, mous et expansifs.

Ce polymorphisme pré-morbide explique la diversité des réactions aux évènements traumatisants, ce sont donc les sujets sensibles, passifs, asthéniques et scrupuleux qui sont électivement exposés aux dépressions réactionnelles, cette hypersensibilité semble être chez ces malades un vecteur fondamental, mais on ne retrouve pas ici le caractère "changeant" de la personnalité névrotique.

3 - <u>L'âge et le sexe</u> :

La dépression réactionnelle semble plus fréquente chez la femme que chez l'homme (14 cas féminins contre 6 masculins dans notre étude).

La forme masculine serait plus durable et plus rebelle (obs. 9 et 20).

L'âge compris entre 15 et 30 ans semble plus exposé, puis la période pré-ménopausique chez la femme vers 35-45 ans (5 cas sur 14 dans notre statistique) chez l'homme, elle serait plus tardive, vers 50 - 60 ans.

B - Les Facteurs EXOGENES :

1 - Les Facteurs Psychologiques Déclenchants :

Alors que les facteurs psychologiques déclenchants sont secondaires dans la genèse des états dépressifs névrotiques, on admet que le traumatisme psychique est la cause déterminante de la dépression réactionnelle. Mais, si l'on peut souvent établir un rapprochement entre l'apparition de la dépression et un évènement malheureux récent, il est parfois difficile comme le remarque PICHOT de le mettre en évidence car il s'agit d'une réaction à un évènement vécu et la signification de tels évènements défavorables ne peut être jugée pour un individu donné qu'en fonction de ses investissements affectifs.

KIELHOLZ estime que les principaux traumatismes déclenchants sont chez la femme, essentiellement d'ordre affectif :

- perte ou éloignement d'un être cher :
  - . mort d'un proche ("réaction de deuil"), (Obs. 6-7-11-12),
  - . départ, mariage ... d'un enfant, d'un petit-enfant, (Obs. 24-25),
  - . maladie d'un conjoint, d'un enfant.
- échec ou difficulté des relations interpersonnelles :
  - . rupture, divorce (Obs. 15-17-22-23),
  - . scènes de ménage (Obs. 10-14-19),
  - . dévalorisation d'un proche aux yeux du patient, (alcoolisme, Obs. 14), (faute morale).
- isolement ou dépaysement :
  - . des ruraux venant à la ville et hautement favorisés par l'uniformité de vie des grands ensembles d'habitation,
  - . des exilés,
  - . des transplantés (Obs. 16).

Chez l'homme, les difficultés socio-professionnelles seraient prépondérantes.

- faillite d'un idéal, collectif ou religieux,
- échec professionnel, perte de situation,
- pertes financières, ruine,
- plus rarement, difficultés sexuelles,
- en fait, il semble que les problèmes affectifs puissent également avoir un rôle important chez l'homme (Obs. 8-9-18-20).

En fait, et nous avons pu le constater chez nos malades, la dépression réactionnelle relève de plusieurs causes déclenchantes qui s'imbriquent, ceci est particulièrement net dans certaines observations (8-12-16-18-19).

Par ailleurs, LAMBERT insiste fort justement sur ce point, ce n'est pas l'abandon ou l'échec mais le fait d'avoir été abandonné ou d'avoir failli donc la déconsidération dont le malade se croit l'objet qui est surtout traumatisante.

2 - Les Facteurs Somatiques :

Sont également intéressants à considérer et le Praticien devra toujours en tenir compte.

Il est en effet certain que l'amoindrissement physique du sujet au moment du choc affectif joue un rôle favorisant dans l'éclosion de l'état dépressif.

L'alcoolisme est un bon terrain prédisposant (Obs. 8-13-21), le surmenage, la fatigue, rançon de la vie moderne, créent un état de moindre résistance favorable tout autant qu'une maladie aiguë.

III - CLINIQUE

Alors que le tableau clinique de la mélancolie est assez uniforme et relativement indépendant des expériences vitales du sujet, il n'en est pas du tout de même de l'allure des manifestations cliniques du déprimé réactionnel, ce qui confirme la dépendance des facteurs psycho-réactionnels vis-à-vis du caractère psychologique du patient.

A - Période PRODROMIQUE

Très souvent entre l'évènement douloureux et les premiers symptômes existe une phase de latence et de "rumination" allant de quelques jours à quelques semaines, parfois plus.

Cette période est marquée par l'installation progressive de troubles psycho-somatiques : oppression thoracique, palpitations, insomnies, asthénie, troubles digestifs ... qui conduisent le patient chez l'omnipraticien.

A ce stade, il est souvent difficile pour ce dernier de distinguer une mélancolie incipiens d'une dépression réactionnelle, c'est pourquoi il devra rechercher avec une particulière attention les premiers signes des thèmes de souffrance morale, légèrement délirants, qui ne se rencontrent jamais dans les états dépressifs réactionnels.

Mais parfois, la dépression peut s'installer brusquement après le choc psychologique entrainant un état d'apathie voire de stupeur avec soumission passive aux proches, comportement de détresse, de désespoir avec angoisse et pleurs et bien souvent obnubilation par l'évènement déclenchant qui occupe toutes les pensées.

B - Période d'ETAT :

1 - L'Anxiété :

Est toujours importante, à maximum vespéral, elle empêche

le sommeil, elle se manifeste par des pleurs, des gémissements, avec peur de la mort, de la solitude (Obs. 7-11-13-15-21-23), angoisse pour l'avenir qui est souvent envisagé sous un jour sombre (Obs. 8-9-12-17-20).

Mais, contrairement au mélancolique dont le destin est inéxorable, le réactionnel conserve certaines valeurs qui laissent subsister une possibilité d'espoir.

C'est pourquoi chez ces patients il y a tentative pour surmonter la crise et le malade recherche secours, protection, compassion et compréhension auprès de ses proches, de ses amis, de son médecin.

2 - L'Asthénie :

Essentiellement physique, la fatigabilité de ces patients qui est péniblement ressentie, prédomine surtout le matin au réveil et serait plutôt aggravée par le repos, BERTAGNA.

Son caractère pénible, inexpliqué augmente souvent l'angoisse des malades, cependant la grande inhibition motrice de la mélancolie n'est pas retrouvée ici.

Très souvent, il s'y ajoute une diminution des possibilités sexuelles dont témoignent l'impuissance chez l'homme (Obs. 9-18), la frigidité chez la femme (Obs. 10-14).

Sur le plan intellectuel, on peut également noter une limitation des possibilités de mémoire, d'imagination, de concentration, rendant le travail pénible en ce sens qu'il coûte plus d'efforts qu'habituellement, augmentant l'anxiété des patients qui prennent conscience de cet "amoindrissement".

On assiste alors à des phénomènes d'indécision, le malade cherchant une compensation dans l'alcoolisme (Obs. 9-12-13), dans les plaisirs variés ... Au contraire, il peut se replier sur lui-même, se coupant de la vie normale, rendant parfois le contact avec le Praticien difficile (Obs. 13).

On ne retrouve cependant pas la bradypsychie importante du mélancolique.

3 - Les Troubles de l'Humeur :

La tristesse est grande mais reste partiellement compréhensible lorsqu'on la rattache à l'évènement traumatisant qui en semble la cause, elle devient "légitime" dit KOUPERNIK, "partiellement" répond LAMBERT parce qu'elle dépasse en intensité, ou en durée, ce qu'aurait dû être dans des circonstances identiques une chute normale de l'humeur.

Certaines observations sont significatives à ce sujet : (Obs. 8-13-14-16-19-20-24-25).

Le malade se pose souvent en victime de la société ou du destin, accusant parfois l'entourage de son malheur (Obs. 10-16-20) sur lequel il revient sans cesse.

Tout l'ennui ou l'irrite (Obs. 9-13-21-22-24), une fois la grande angoisse passée, il est fréquent que ces déprimés ressentent une impression de vide (Obs. 8-10-11-15-25).

Il est plus rare que ces malades se retournent contre eux-mêmes, mais ici les thèmes d'autodépréciation, d'autoaccusation sont absents ou du moins très minimes (Obs. 13-16-19), et c'est encore là un point essentiel qui permettra au Praticien de différencier le réactionnel du mélancolique, encore faut-il que le reploiement sur soi ne coupe pas le contact avec le médecin, SCHERRER.

Habituellement et contrairement à lamélancolie où elle n'existe plus, la réactivité aux conditions extérieures est encore possible, PICHOT, LEMPERIERE, en raison de leur dépendance vis-à-vis d'autrui.

Le médecin par sa compréhension lors du trop oublié colloque singulier, et avec l'aide de l'entourage, pourra apporter détente, aide et réconfort à ces malades.

4 - Les Troubles Somatiques :

Notés au début de la dépression, peuvent persister avec une intensité variable.

Les troubles digestifs, cardio-vasculaires, génito-urinaires, l'insomnie et les céphalées sont les plus souvent rencontrés.

Il faut signaler cependant que le Praticien ne doit pas négliger ces signes car une affection somatique (la sphère génito-urinaire est en particulier très psychotraumatisante) peut être à l'origine de l'épisode dépressif et celui-ci ne pourra être affirmé comme psychoréactionnel qu'après vérification de l'intégrité somatique.

C - Les Formes CLINIQUES :

Sont très nombreuses en raison de la très grande variété des psycho-traumatismes déclenchants. Nous ne nous y attarderons pas.

D - Le SUICIDE :

Bien que souvent négligé du fait que la dépression réactionnelle entraîne plus souvent des tendances pseudo-suicidaires destinées à attirer l'attention de l'entourage, (Obs. 16-17-19-24) le risque de suicide n'en reste pas moins redoutable (Obs. 9-21).

Nous y reviendrons dans un chapitre particulier.

E - EVOLUTION

Elle se fait en règle par paliers successifs, la durée totale de la dépression est très variable, allant de quelques jours à plusieurs mois. Elle est fonction des ressources vitales de ces malades.

Certains auteurs constatent que cette durée, 2 à 3 semaines jusqu'à 45 ans pour KIELHOLZ, augmente avec l'âge, lequel diminuerait les facultés d'adaptation somato-psychiques.

KIELHOLZ constate par ailleurs que l'évolution serait plus longue et plus opiniâtre chez l'homme.

Les rechutes plus ou moins rapprochées ne sont pas rares ainsi que les "rechutes anniversaires", ceci étant particulièrement sensible dans les dépressions de deuil, DELAY, PICHOT, LEMPERIERE, VIDAL. Nous avons retrouvé des constatations analogues dans les Obs. 6 et 9.

Parfois on assiste à des évolutions anormalement longues (10 à 20 % des cas suivant les auteurs, 12,5 % dans la statistique de KIELHOLZ) aboutissant à des syndromes hyperesthésico-asthéniques opiniâtres avec phénomènes végétatifs qui viennent majorer l'anxiété et l'insomnie réalisant un véritable cercle vicieux, évoluant sur des mois, voire des années.

De toute façon les épisodes dépressifs réactionnels ne sont pas sans laisser des traces qui grèvent l'avenir psychiatrique de ces patients, LEMPERIERE, KIELHOLZ. Ils se trouvent exposés à une augmentation de la perte de confiance en soi ; aux toxicomanies : éthylique (Obs. 9-12), barbiturique (Obs. 6-10), à la libération des pulsions instinctuelles, au repliement sur soi-même et aux névroses.

F - Le TRAITEMENT

Mérite une particulière attention en raison des grandes possibilités qui s'offrent au Praticien.

Ici les thérapeutiques employées dans la mélancolie ne sont pas efficaces, autre argument distinguant ces deux types dépressifs.

BARUK insiste à juste titre sur la valeur de lapsychothérapie comme thérapeutique d'appoint, elle permet très souvent d'éliminer les appréhensions, de diminuer la peur de ces patients, apportant une détente en leur rendant leur dignité. Le rôle du Praticien est à cet égard primordial mais bien souvent il lui sera nécessaire d'y inclure l'entourage du déprimé.

Le terrain ainsi préparé sera plus sensible aux différentes chimiothérapies.

Cependant, le Praticien doit savoir se limiter aux cas simples, dès qu'une psychothérapie de type analytique est nécessaire le patient sera adressé aux spécialistes.

Mais la chimiothérapie sera presque toujours nécessaire. Son choix devra être judicieux et fonction des signes cliniques plus ou moins prépondérants, on ne peut donner de schéma thérapeutique standard. Disons néanmoins que l'anxiété souvent importante chez ces malades relève des anxiolytiques, type Lévomépromazine, qui seront associés aux antidépresseurs seuls actifs sur les troubles thymiques, les troubles du sommeil relevant des hypnotiques.

Donc très souvent, le Praticien devra utiliser des associations médicamenteuses, lesquelles devront être faites avec beaucoup de discernement et sans méconnaître le risque de suicide toujours possible chez ces malades.

C'est pourquoi le recours au spécialiste ou l'hospitalisation seront parfois la meilleure thérapeutique à appliquer par le généraliste.

LES DEPRESSIONS D'EPUISEMENT

Bien étudiées par KIELHOLZ sous le terme de "forme asthénique de la maladie des managers", elles ne sont pas reconnues par tous les auteurs comme une entité particulière, cela tient au fait qu'elles se situent aux frontières de la dépression réactionnelle et de la dépression névrotique.

KIELHOLZ les définit ainsi : "phases dysphoriques de tristesse, d'irritabilité et d'apathie, se manifestant d'une manière généralement aiguë à la suite d'une excitation émotionnelle prolongée ou répétée, après un stade prodromal hyperesthésico-asthénique et une phase psycho-somatique subséquente, chez des individus de type introverti."

I - OBSERVATIONS

OBS. 26 - Mme B... Monique, 30 ans.

Mariée, 3 enfants.
Pas d'antécédents psychiatriques. Labilité émotionnelle,

Admise pour : Syndrome dépressif.

On note :

Surmenage, travaille en ville, à la maison, ménage, mari, enfants,
Conditions de vie assez médiocres (logement en particulier),
Contrariété par prise de poids,
Mésentente conjugale depuis 4 ans.

Accuse :

- troubles somatiques à type d'insomnie, de céphalées, d'asthénie marquée,
- tristesse importante avec sentiment d'échec, d'incapacité, "n'y arrive pas",
- léger ralentissement intellectuel mais surtout moteur,
- frigidité.

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
IMIPRAMINE
REPOS, améliorée après 3 semaines.

OBS. 27 - Mr B... Jacques, 30 ans.

Marié, 2 enfants.
Cadre de direction, très scrupuleux.
Deux épisodes dépressifs consécutifs à difficultés financières et professionnelles.

Admis pour : Syndrome dépressif d'épuisement.

On note :

- surmenage manifeste "veut arriver", "doit tout faire, tout vérifier",
  travaille même à la maison le dimanche, mais "n'y arrive plus", "se sent brutalement incapable", "ne s'occupe plus de sa famille" "incompréhension de sa femme",
- accuse une asthénie intense, prédominante le matin,
- insomnies rebelles, vertiges, céphalées,
- angoisse pour l'avenir vu "son incapacité",
- envisage le suicide pour se libérer de cette sensation d'échec.

Traité par : PSYCHOTHERAPIE
THIORIDAZINE
IMIPRAMINE, sortie amélioré après 20 jours,
départ en maison de repos.

OBS. 28 - Mme B... Colette, 46 ans.

Mariée, 3 enfants.
Hyperémotive et introvertie. Ulcère d'estomac traité depuis 8 ans.
Travaille "dur" sur machine dans le bruit.

Admise pour : Tentative de suicide par barbituriques à la suite d'un conflit avec son mari (ce dernier ayant mis à la porte les 2 plus grands enfants).

On note :

- surmenage : travail pénible, loin du foyer, à la maison avec les enfants, "il faut remettre ça", "n'en peut plus", l'asthénie est très marquée,
- mésentente conjugale avec pour cause conflit entre père et enfants
- angoisse avec tristesse, sensation de vide, d'échec, d'incapacité
- insomnies, céphalées importantes, anorexie modérée, difficultés sexuelles "à type de dégoût" assez marquées,
- désir de "tout finir", "la vie est devenue impossible".

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
LEVOMEPROMAZINE
IMIPRAMINE, améliorée après 20 jours.

OBS. 29 - Mme S..., 40 ans.

Mariée, 2 enfants, sans antécédents neuropsychiatriques.

Admise pour : Tentative de suicide par réducteurs de l'appétit à la suite d'une scène de ménage.

On note :

- surmenage : travaille en dehors du foyer et à la maison, les deux enfants sont en bas âge et nécessitent des soins constants,
- asthénie majorée par traitement très sévère pour maigrir,
- accuse sentiment d'incapacité, de vide, son "obésité" est une source d'anxiété et de tristesse,
- les céphalées du vertex et les insomnies "déprimantes" sont marquées,
- le suicide est désiré "pour en sortir".

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
IMIPRAMINE, amélioration après 8 jours mais sortie prématurée pour raison de famille au 12ème jour.

II - LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

Sont essentiellement au nombre de quatre :

- le caractère de base,
- le développement névrotique anormal,
- l'influence défavorable du milieu et
- les phénomènes psychiques déclenchants.

KIELHOLTZ note que ces données sont différentes suivant le sexe. Le type de femme à caractère sensible, un peu timide et infantile, prenant tout au tragique et peu expansive est prédominant.

Ces personnes émotives et tournées vers l'introversion trouvent souvent peu de compréhension dans leur entourage, se sentent incomprises, se replient sur elles-mêmes et s'isolent, il en résulte un sentiment d'incertitude, de crainte et de résignation.

Les femmes sont souvent par ailleurs dans l'obligation de travailler pour éviter les fins de mois difficiles, la longueur des transports, le bruit, les tâches professionnelles souvent pénibles et ne correspondant pas à leurs aspirations intérieures, les tâches ménagères, l'éducation des enfants, la vie collective des grands ensembles immobiliers, finissent par mettre leur équilibre mental en péril (Obs. 26-28-29).

Ce terrain propice étant réalisé, une mésentente conjugale, des querelles d'atelier, des difficultés familiales, l'insatisfaction sexuelle, ... provoquent un état dépressif d'épuisement (Obs. 26-28-29).

L'âge de prédilection se situerait vers 30-50 ans.

Chez l'homme on retrouve le plus souvent des sujets égocentriques, consciencieux, très soucieux de leurs responsabilités, recherchant la perfection et d'une moralité scrupuleuse.

Ceci les pousse à tout vouloir faire par eux-mêmes et ainsi à se trouver sans cesse de nouvelles tâches, de nouvelles obligations (Obs. 27).

Très souvent les candidats à la dépression d'épuisement occupent des postes de dirigeants exposés à un travail intellectuel lourd de responsabilités, nécessitant des décisions importantes et rapides. Continuellement sollicités par des questions secondaires, ces sujets en arrivent à dépasser leurs possibilités (Obs. 27).

Ce rythme incessant, souvent bruyant, avec de brusques tensions intellectuelles est particulièrement traumatisant sur le plan psychique, submergés par leur activité professionnelle, ils négligent la détente, la famille même et s'isolent davantage dans un monde néfaste.

Le moindre conflit professionnel, familial, psychologique ou moral, une maladie banale, déclenchent le processus dépressif.

En raison de ces conditions on comprend que l'âge habituellement rencontré se situe entre 40 et 60 ans.

Nous voyons ainsi toute l'importance pour le Praticien de la recherche attentive de ces différents facteurs qui sont à la base du diagnostic des états dépressifs d'épuisement.

III - ETUDE CLINIQUE

KIELHOLZ distingue trois phases :

A - La Phase PRODROMIQUE : Hyperesthésico-asthénique.

Durant laquelle la tension intellectuelle permanente de ces sujets les rend irritables, susceptibles, coléreux.

Le sommeil est de mauvaise qualité, augmentant la fatigue de ces malades dont les capacités de travail diminuent alors qu'ils devraient faire plus.

Les réactions anxieuses avec sentiment d'échec, d'incapacité, provoquent des colères injustifiées, augmentent la tension intérieure, conduisent au travail acharné, pouvant même brutalement se terminer par un suicide imprévu.

Cette phase est plus ou moins longue, mais dure souvent des années avant d'évoluer vers la phase de "conversion" psychique.

B - La Phase PSYCHO-SOMATIQUE

Le passage se fait en général assez brutalement.

Outre une grande fatigue, un découragement profond, une émotivité désordonnée, on assiste au développement de troubles variés de l'état général,

- palpitations, précordialgies, poussées tensionnelles,
- céphalées, vertiges,
- anorexie et troubles digestifs,

lesquels ne sont pas sans engendrer une foule de craintes hypochondriaques qui viennent augmenter les tensions émotionnelles du sujet.

C - La Phase DEPRESSIVE :

N'apparaît en général qu'après une longue période à l'occasion d'un fait banal en soi, grippe, petite intervention chirurgicale, petite déception, psychotraumatisme minime, c'est le fameux "nervous breakdown" des anglo-saxons.

La triade dépressive apparaît plus ou moins marquée avec pour toute activité intellectuelle quelques thèmes douloureux qui tourmentent sans cesse ces malades, le sentiment d'insuffisance, la crainte des maladies.

Toute activité coordonnée devient impossible, la sexualité est très perturbée, augmentant le sentiment d'infériorité du sujet.

Ces dépressions se traduisent en premier lieu par un état d'angoisse hypochondriaque ou de méfiance apathique, souvent accompagné d'agitation motrice, de manifestations émotionnelles inadéquates, d'une hypersensibilité au bruit et d'insomnies opiniâtres, KIELHOLZ.

IV - EVOLUTION

L'évolution de ces dépressions est variable, le risque de suicide est réel et ne doit jamais être minimisé (Obs. 28).

Une fois le syndrome dépressif jugulé, ces malades posent de délicats problèmes de réadaptation professionnelle et d'organisation des loisirs et de la détente.

Le rôle du Praticien, du médecin de famille, peut être capital car il faudra beaucoup de persuasions pour amener ces malades à réduire leurs activités afin d'éviter rechutes et récidives.

V - LE TRAITEMENT

Le meilleur geste consiste à hospitaliser ces malades, l'éloignement des activités professionnelles, le repos, les sédatifs, les antidépresseurs, les anxiolytiques seront utilisés.

Une psychothérapie de soutien sera toujours nécessaire et sera très utilement employée par le médecin de famille pour convaincre le malade de se soigner, plus tard pour aider le malade à reprendre progressivement ses tâches professionnelles.

LES DEPRESSIONS NEVROTIQUES

L'autonomie d'une dépression névrotique a été contestée, de nombreux auteurs englobant dans une même catégorie (le groupe des dépressions psychogènes) les dépressions réactionnelles, d'épuisement et névrotiques.

Sans vouloir entrer dans ces controverses nosologiques, il semble cependant que l'on puisse envisager l'existence de dépressions névrotiques autonomes sous une double perspective, PICHOT.

Il existe des cas de dépression où les facteurs déclenchants sont minimes et où le rôle des facteurs psychologiques (agissant surtout pendant la première enfance) associés aux facteurs constitutionnels, seraient prédominants. C'est la position défendue par KIELHOLZ, qui décrit la névrose infantile résultant d'un manque de chaleur affective ou d'amour maternel dans la petite enfance entrainant un sentiment de faiblesse et d'incapacité devant les agressions du monde extérieur.

Ce syndrome étudié par SPITZ sous le nom de dépression anaclictique apparaît chez les enfants normaux élevés par la mère jusqu'à l'âge de 6-8 mois et brutalement séparés d'elle pendant quelques mois, il se traduit par une expression triste, une appréhension devant toute personne étrangère et aboutit au repli complet et à la rigidité totale de l'expression ; pour ces auteurs cette dépression anaclictique pourrait provoquer une évolution névrotique à l'âge adulte.

D'autres auteurs dont LAMBERT et LEMPERIERE pensent que les états névrotiques patents sont susceptibles de se compliquer de dépressions.

Quoi qu'il en soit nous pouvons en donner la définition de KIELHOLZ : "on désigne sous ce terme certains troubles du processus psychique provoqués par des conflits plus ou moins refoulés et encapsulés se manifestant de façon sporadique ou continue par des symptômes essentiellement dépressifs".

Le Praticien face au déprimé névrotique est bien souvent non seulement dérouté, mais tenté de ne pas le "reconnaître" malade car selon le mot de KOUPERNIK "la dépression névrotique est moins une maladie qu'une façon d'être au monde".

I - OBSERVATIONS

OBS. 33 - Mme M.... Eliane, 30 ans.

Divorcée, vit maritalement.
A eu une période d'alcoolisme pour oublier sa mésentente conjugale.
Hyperémotivité, dépendance affective et physique de son ami, masquée par un pseudo-despotisme. Crises de larmes, chantage.

Admise pour : Troubles digestifs à type d'anorexie et vomissements

On note :

- asthénie marquée "et pourtant ne fait rien",
- céphalées du matin avec insomnies, sensation de "boule dans le creux de l'estomac", épigastralgies et vomissements,
- tristesse avec état d'alerte permanent "peur de tout", l'avenir est envisagé avec angoisse, obsédée par "l'idée de mort",
- hypoménorrhée avec exacerbation sexuelle.

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
LEVOMEPROMAZINE
TRIMEPRIMINE, apportant amélioration après 3 semaines.

OBS. 34 - Mr A... Octave, 42 ans.

Marié, 2 enfants.
Terreurs nocturnes dans l'enfance.
Immaturité affective, très scrupuleux et anxieux, quelques difficultés au bureau où il passe pour "un maniaque", à la maison où il est "incompris".

Admis pour : Malaise sur la voie publique.

On note :

- phobique de la surveillance, de la foule, des maladies,
- tristesse majorée par l'anxiété permanente,
- asthénie, anorexie, précordialgies, constipation, accuse des paresthésies du membre inférieur droit,
- impuissance sexuelle relative "mal acceptée".

Traité par : LEVOMEPROMAZINE
NIALAMIDE
PSYCHOTHERAPIE, sortie contre avis médical après 5 jours.

OBS. 35 - Mme M... Arlette, 34 ans.

Divorcée, 1 enfant.
Mésentente avec mari (ivrogne, alcoolique, grossier), incompréhension de la mère (psychasthénique).

Terreurs nocturnes dans l'enfance,
A présenté 3 petits syndromes dépressifs réactionnels.

Admise pour : Etat dépressif.

On note :

- névrose obsessionnelle en rapport avec les souvenirs de "son enfer conjugal" dont elle ne peut se débarrasser,
- peur de rencontrer son ex-mari et surtout "de le tuer", état d'alarme permanent, s'enferme chez elle, vérifie plusieurs fois le soir et dans la nuit si les portes de la maison sont bien fermées,
- tristesse marquée augmentée par son sentiment d'incompréhension, d'incomplétude,
- insomniaque rebelle, anorexie, amaigrissement, asthénie,
- pour oublier et "tenir le coup", prend 10 à 12 comprimés d'amphétamine et 5 à 8 tasses de thé,
- les obsessions douloureusement ressenties provoquent une idée de suicide,
- l'humeur est assez changeante passant d'une phase de tristesse à une phase d'excitation psycho-motrice à la suite d'une observation minime.

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
TRIMEPRIMINE
MEPROBAMATE, qui apporte une grande amélioration en un mois, revue toutes les semaines pendant 3 mois, une rencontre sentimentale apporte une amélioration durable.

OBS. 36 - Melle R... Jacqueline, 28 ans.

Célibataire,
Fond mental immature avec labilité neuro-végétative, "grandes peurs" dans l'enfance,
Dépression de deuil lors de la mort de sa mère il y a 6 ans.

Admise pour : Tentative de suicide par un flacon de Méprobamate, 12 heures d'inconscience.

On note :

- tristesse marquée avec faciès "déprimé",
- insatisfaction sentimentale, recherche fébrile "d'un mari", chaque fois déçue par des problèmes sexuels,
- sentiment du vide, d'incapacité avec angoisse,
- asthénie, anorexie, céphalées et insomnies,
- désir de mort "qui serait une délivrance".

Sortie après 72 heures contre avis médical et sous la responsabilité de la famille.

OBS. 37 - Mr H... Robert, 45 ans.

Marié deux enfants,
Instabilité psycho-affective avec petit éthylisme,
Gastrectomie pour ulcus en 1960.

Admis pour : Tentative de suicide par lacération du thorax à la lame de rasoir.

On note :

- névrose d'angoisse avec peur mal définie, état de tension permanente, impression d'insécurité,
- cancérophobie entretenue par les céphalées, "son cancer de la tête",
- les insomnies sont importantes avec "palpitations nocturnes",
- légère mésentente sexuelle avec sa femme "peu compréhensive",
- cherche à se libérer de ses angoisses, "ne voit que la mort" pour y parvenir.

Traité par : TRIMEPRIMINE
MEPROBAMATE
PSYCHOTHERAPIE, apporte une amélioration en 15 jours mais sortie contre avis médical au 18 ° jour.

OBS. 38 - Mr P... Robert, 45 ans.

Marié deux enfants,
Fond scrupuleux et introverti,
Traumatisme crânien en Allemagne en 1942, cancérophobe et client habituel des guérisseurs, "ne croit pas à la médecine".

Admis pour : Dépression névrotique.

On note :

- comportement agressif, refuse les injections parentérales, "n'a confiance que dans son guérisseur" mais présente des phases de douceur,
- phobique de la lumière (porte des verres fumés), du bruit,
- tristesse avec cancérophobie angoissante et idée d'incurabilité,
- céphalées intenses, "insomnies, pense toute la nuit", baisse de l'acuité visuelle "par la lumière",
- idée de suicide permanente.

Traité par : IMIPRAMINE
LEVOMEPROMAZINE
SEDATIFS : quitte le service très amélioré après un mois, sans verres fumés.

OBS. 39 - Melle G... Michèle, 19 ans.

Déracinée de province. Mystique et romantique,
Egocentrique et introvertie. Relations affectives avec parents très superficielles (mère psychasthénique),

Amour et admiration pour son Professeur de Lettres considéré "comme un Dieu".

Admise pour : Tentative de suicide par un flacon de Méprobamate à la suite d'une rupture avec son professeur.

On note : insomnie, anorexie, asthénie.

- ralentissement intellectuel modéré lié à angoisse et obsession à forme mystique : recherche de Dieu et de pureté,
- tristesse importante avec douleur morale liée à un sentiment d'échec, "voulait ramener son Professeur dans le chemin de la vérité chrétienne", de vide,
- perte du goût de vivre "lorsque le monde auquel on tenait le plus s'écroule on n'a plus qu'à disparaître".

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
TRIMEPRIMINE

Sortie au 7ème jour contre avis médical sous la responsabilité du père.

OBS. 40 - Mr C... Jean, 53 ans.

Célibataire,
Ethylisme modéré,
Personnalité neurasthénique.

Admis pour : Syndrome dépressif.

On note :

- névrose d'angoisse consécutive à des soucis financiers et des difficultés professionnelles. L'avenir "lui fait peur", l'empêche d'agir "devant ce vide",
- tristesse avec sentiment d'inutilité, d'incapacité physique et morale,
- peur des maladies graves et "surtout du cancer",
- amaigrissement, asthénie, céphalées, impuissance sexuelle,
- ralentissement psycho-moteur net.

Traité par : PSYCHOTHERAPIE
NIALAMIDE
MEPROBAMATE, amélioration en 1 mois.

OBS. 41 - Mme L... Henriette, 35 ans.

Mariée 1 enfant,
Père névropathe,
Immaturité affective nette, introvertie type hystéroïde, avec crises de larmes fréquentes,
En arrêt de travail depuis un an.

Admise pour : Dépression névrotique hypochondriaque.

On note :

- céphalées et nuchalgies rebelles "avec impression de liquide passant dans la colonne", insomnies d'endormissement,
- asthénie marquée avec constipation et douleurs abdominales paroxystiques,
- angoisse avec sensation d'incapacité physique et morale, désintérêt de tout, revendicatrice, "le bruit de la tolerie voisine lui vole tous les jours quelques heures de sommeil",
- tristesse variable avec impression de "maladie grave".

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
IMIPRAMINE
LEVOMEPROMAZINE, qui apporte amélioration en 1 mois.

Un épisode grippal remet tout en question avec recrudescence des symptômes somatiques, ne supporte plus les médicaments.

Mise à : TRIMEPRIMINE qui apporte nette amélioration en 6 semaines.

OBS. 42 - Mme B... Jacqueline, 35 ans.

Mariée un enfant,
Labilité neurovégétative nette avec immaturité affective et timidité infantile. Phobie de la saleté avec rite de lavage des mains, Scrupuleuse introvertie, très dépendante du mari.

Admise pour : Tentative de suicide polymédicamenteuse, un peu théâtrale, consécutive à réception d'une lettre anonyme mettant en doute la fidélité du mari.

On note :

- état d'agitation désordonné, avec pleurs, cris,
- l'anxiété et l'angoisse sont vives, entretenues par la recherche des preuves de culpabilité du mari,
- asthénie avec sentiment de "vide et d'épuisement",
- douleur morale "11 ans de bonheur gâchés",
- peur de devenir folle.

Traitée par : IMIPRAMINE
DIAZEPAM, sortie contre avis médical le 3ème jour.

Réadmise 48 heures plus tard pour : seconde tentative de suicide par un tube de Diazepam.

On note :

- angoisse intense avec agitation,
- anorexie et insomnies,
- douleur morale marquée.

Traitée par : TRIMEPRIMINE
MEPROBAMATE, amélioration après 12 jours, confiée au spécialiste.

II - LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

A - Le Rôle de l'HEREDITE

S'il ne semble pas aussi marquant que dans les dépressions mélancoliques, il ne doit pas pour autant être négligé. Les travaux de EY sont significatifs à ce sujet puisqu'il retrouve dans un groupe de 52 névrosés que : les cas de maladies mentales sont 4 fois plus élevés chez les parents de névrosés que dans la population normale.

Nous avons relevé une hérédité névropathique chez 3 de nos patientes (Obs. 35-39-41).

Cependant cette hérédité peut être masquée ou niée par le malade et même par son entourage.

Le plus souvent, on trouve parmi les ascendants de ces sujets des psychasthéniques, des égocentriques scrupuleux renfermés et susceptibles.

B - Le Rôle des Viciations de l'EVOLUTION AFFECTIVE :

Semble être ici le facteur prédominant.

C'est à FREUD puis à l'école psychanalyste que nous devons d'avoir mis la lumière sur le mécanisme des névroses.

L'enfant on le sait est dominé dès son plus jeune âge par le principe du plaisir immédiat (manger, dormir, boire, évacuer, accaparer l'attention des siens, s'attacher à sa mère ...) où les influences du milieu et le mode des relations entre le nourrisson et son entourage viennent modeler ces pulsions naturelles pour réaliser sa "personnalité" qui aboutit en règle à une faculté normale d'adaptation à la vie sociale.

Le lent développement affectif de l'enfant n'arrive à maturité qu'avec l'aide de ses proches suivant un dosage équilibré de soins, de protections, d'affection mais aussi de fermeté et de repressions douces.

Ce seraient donc les perturbations de cette progression vers la personnalité adulte qui par les contraintes brutales, les interdits catégoriques, pourraient conduire à une inadaptation et à la fixation à un stade intermédiaire de la vie affective. Nous pouvons en rapprocher la dépression anaclictique décrite par SPITZ chez les enfants privés d'affection maternelle que nous citions au début de ce chapitre.

Cette inadaptation et cette immaturité affective seraient les facteurs de l'angoisse des névroses.

FREUD insistait sur l'importance des étapes de la sexualité infantile, tout particulièrement sur un complexe d'Oedipe non ou mal résolu comme facteur névrogène.

Le plus souvent ces déséquilibres affectifs restent enfouis, réalisant "l'inconscient freudien", par des processus de sublimation, de renoncement, de "refoulement" des pulsions instinctuelles.

On comprend alors pourquoi les moindres circonstances psychotraumatiques de la vie pourraient sur un terrain ainsi préparé faire ressortir ces désordres, réalisant les névroses dépressives de l'adulte.

Mais à côté de ces névroses d'origine infantile, certains auteurs considèrent qu'il faut également associer les névroses déclenchées plus tardivement par des facteurs de milieu en particulier sous l'influence des psychotraumatismes de la vie moderne. Les travaux de BUGARD, MONTASSUT et des psychiatres américains apportent de convaincantes confirmations à ces névroses dépressives "actuelles" selon le mot de KIELHOLZ.

C - Le Rôle des Facteurs PSYCHOLOGIQUES DECLENCHANTS :

Sera donc ici à l'inverse des dépressions réactionnelles relativement accessoire.

La structure de la personnalité névropathique ne leur doit rien, ils vont aggraver l'état névrotique et déclencher le syndrome dépressif mais le fond de la névrose ne dépend pas d'eux.

Ceci est intéressant pour le généraliste qui ne devra pas s'arrêter à ces facteurs événementiels comme disent les psychiatres, pour expliquer la dépression mais rechercher les stigmates de la personnalité névrotique.

D - La Personnalité des DEPRIMES NEVROTIQUES

Devra donc être étudiée avec soin par le médecin, sur un mode évolutif en remontant la dépression jusqu'à la plus tendre enfance du malade.

C'est ainsi que l'on pourra noter dans cette période, des terreurs nocturnes (Obs. 34-35), des peurs (Obs. 36), des timidités (Obs. 42), l'énurésie ...

La période pubertaire sera étudiée avec ses problèmes sexuels, plus ou moins bien résolus, la période scolaire et la période de choix du métier par leurs hésitations, leurs revirements, pourront donner la marque d'une personnalité névrotique.

En général, si ces déprimés peuvent donner l'impression d'être accomodants, nous, faciles, il est assez remarquable qu'ils peuvent brutalement changer, devenant renfermés, hautains, distants, voire aggressifs (Obs. 35-38) ce qui confère à la dépression névrotique un caractère "chatoyant", "frelaté" signalé par certains auteurs (KIELHOLZ).

Ce n'est bien souvent qu'après plusieurs entretiens que le Praticien découvrira sous ce masque un patient dont le moi n'est pas très solide, hypersensible et instable, ayant de sérieuses difficultés à prendre des décisions et un immense besoin d'affection et de sécurité. Nous avons retrouvé des faits analogues dans la majorité de nos observations (Obs. 33-34-35-37-40-41-42).

Parfois ces malades semblent éprouver un certain plaisir ou satisfaction dans leur état dépressif, ils l'utilisent parce qu'ils leur permet d'obtenir un état de régression et de dépendance qu'ils souhaitent.

I - ETUDE CLINIQUE

Il est bien évident qu'en raison des facteurs étiologiques multiples, la dépression névrotique va présenter un polymorphisme remarquable, chaque névrose sous-jacente "teintera" le syndrome dépressif d'une marque particulière.

Ainsi très schématiquement peut-on distinguer 4 grands types de névroses dépressives :

A - Les Dépressions des Névroses HYSTERIQUES et PSYCHOSOMATIQUES :

Déclenchées par une simple contrariété ou un conflit affectif minime, elles surviennent en règle sur des personnalités de type hystérique, caractérisées par une labilité émotionnelle importante, un égocentrisme, une tendance aux réactions théâtrales, à l'érotisation et à la fabulation.

L'anxiété et l'asthénie dominent le tableau clinique, la fatigue est telle que ces malades sont souvent confinés au lit, en arrêt de travail depuis plusieurs mois (cas de la malade de l'Obs. 41).

L'angoisse est également importante avec son cortège de peurs, de la mort, de la maladie ...

Les idées de culpabilité quand elles existent ne sont pas comme dans la mélancolie rapportées au malade lui-même mais en général rejetées sur l'entourage (Obs. 41).

Le ralentissement psychique est en règle intense empêchant tout effort intellectuel (Obs. 41).

Les plaintes somatiques sont habituelles, particulièrement marquées dans les dépressions de la névrose psycho-somatique :

- à type de précordialgies, de palpitations (Obs. 34),
  de céphalées, de rachialgies (Obs. 41),
  de spasmes viscéraux (Obs. 41).
- à type de pseudo-paralysies, de troubles sensitifs (Obs. 34) et sensoriels, de crises nerveuses pseudo-syncopales (Obs. 34) ou épileptiques dans les dépressions hystériques.

Les symptômes et les décharges émotionnelles (crises de larmes, agitation, reproches ...) sont autant de manifestations destinées à se revaloriser aux yeux des proches et à attirer leur attention.

B - Les Dépressions des Névroses d'ANGOISSE :

Les crises d'angoisse surviennent en règle brutalement, indépendemment des causes extérieures et accompagnées de manifestations somatiques. C'est peut-être l'une des formes de dépression névrotique le plus souvent rencontré dans les consultations de Praticien.

Très exposés à ce type de dépression sont les sujets douteurs, hyperémotifs avec sentiment d'incomplétude et auto-observation hypochondriaque, présentant une peur mal définie et dont le médecin retire l'impression qu'ils consultent pour être rassurés, preuve de leur dépendance et de leur besoin de sécurité (Obs. 37).

L'anxiété domine largement le tableau clinique, éclatant sans cause apparente par paroxysmes, ou du moins après un évènement psychologique très banal prouvant bien que l'angoisse naît plus de l'incapacité du patient à supporter ou à assimiler l'émotion que de son intensité, LOPEZ IBOR. Parfois très intense, réalisant une véritable panique de tout l'être qui entraîne un désespoir insurmontable et des idées ou tentatives de suicide (Obs . 37), ces états réclament une intervention d'urgence de la part du médecin.

L'inhibition psychique est variable, intense en cas de désarroi avec sentiment d'impuissance, d'anéantissement, elle peut être remplacée parfois par une agitation psycho-motrice.

Les troubles somatiques sont pratiquement toujours présents surtout entre les paroxysmes, leur richesse, leur coloration d'expérience vécue indiquent une angoisse "corporalisée", ils ne devront donc jamais être négligés par le médecin qui doit essentiellement songer à rassurer ces patients.

C - Les Dépressions des Névroses PHOBIQUES :

La phobie est la crainte angoissante déclenchée par un objet ou une situation en eux-mêmes non dangereux, disparaissant en l'absence de l'objet ou de la situation.

On distingue les phobies de situation : crainte des espaces découverts (agoraphobie), crainte des espaces clos (claustrophobie), crainte de la folie (Obs. 42), crainte de la lumière (Obs. 38), crainte des maladies (Obs. 34-40-41) en particulier du cancer (Obs. 37-38-40), de la saleté (Obs. 42). On distingue aussi les phobies d'objets inanimés, couteaux, objets pointus ..... et d'animaux.

Le déprimé phobique sera donc toujours en alerte (Obs. 34-35-38-40) dans la crainte de rencontrer l'objet ou la situation angoissante et recherchera sans cesse une présence rassurante ou présentera une conduite d'évitement. (Ainsi notre malade de l'observation 38 portait des verres fumés dès que la lumière pénétrait dans sa chambre).

Cet état de tension angoissante permanent peut être si marqué que le syndrome dépressif reste masqué.

L'inhibition psycho-motrice est variable, l'angoisse pouvant empêcher ces malades d'agir ou au contraire les pousser à une agitation désordonnée.

Les signes somatiques sont présents, les insomnies sont souvent importantes, là aussi le rôle du généraliste sera essentiellement de rassurer ces malades et de les comprendre.

D - Les Dépressions des Névroses OBSESSIONNELLES :

Certains auteurs dont PICHOT considèrent qu'elles sont particulièrement fréquentes. Elles surviendraient avec prédilection chez les psychasthéniques, sujets au caractère douteur, hésitant, timide, scrupuleux, influençable, dépendant et égocentrique, le plus souvent à l'occasion d'un surmenage.

L'obsession est caractérisée par l'irruption dans la pensée d'un sentiment, d'une idée, d'une tendance apparaissant au sujet comme un phénomène morbide en désaccord avec son moi conscient mais émanant pourtant de son psychisme et persistant malgré tous ses efforts pour s'en débarrasser.

On distingue ainsi :

- l'Obsession Phobique : le simple fait de penser à l'objet ou à la situation entraîne l'angoisse (Obs. 42)
- l'Obsession Compulsive : la lutte angoissante contre la crainte d'agir en règle grotesque ou criminelle (comme chez la malade de l'Obs. 35 qui a peur de tuer son ex-mari en cas de rencontre).
- l'Obsession Idéative : apparaissant à froid, elle est très intellectualisée, c'est le pénitent toujours insatisfait (ce que l'on retrouve atténué chez la jeune malade de l'Obs. 39).

Ces malades sont incapables d'une lutte rationnelle contre le doute absurde, qui augmente l'angoisse, ils ont alors recours à toute une série de rites (Obs. 35-38-42), de pensées magiques qui forment un réseau de défense.

Le caractère morbide et absurde, contrairement à ce que l'on peut rencontrer dans les délires, est ici ressenti par ces sujets ce qui ne les empêche cependant pas de procéder à des vérifications multiples, (Obs. 35), à des interrogations (Obs. 38-42), à des recherches introspectives (Obs. 39).

Ces patients sont donc dominés par l'angoisse et le doute. L'asthénie est souvent importante (Obs. 35-39), l'intellect est plus ou moins ralenti par l'angoisse et le sentiment "d'incomplétude" suivant le propre terme de JANET (Obs. 35-36-39-42).

Les troubles cénestopathiques sont souvent importants avec des insomnies (Obs. 35-36-39), des troubles digestifs (Obs. 35-36-39), des troubles de la sexualité ...

Le généraliste appelé à statuer sur l'organicité de ces troubles doit savoir rester prudent, investi de la confiance du malade, il ne lui faut pas oublier en effet que ces sujets cherchent d'abord à être rassurés, toute fausse manoeuvre à cet égard risque d'augmenter l'angoisse et les réactions suicidaires.

Le problème des dépressions névrotiques est donc complexe, le médecin ne doit jamais oublier que ces états sont le plus souvent plurisymptomatiques et que l'on peut très bien rencontrer des phobies dans une névrose dépressive obsessionnelle (Obs. 35-42), dans une névrose hystérique (Obs. 34-41) ou dans une névrose dépressive d'angoisse (Obs. 38-40), de même que l'on peut rencontrer des obsessions dans les névroses dépressives d'angoisse (Obs. 33), dans les névroses dépressives phobiques ...

Ceci témoigne bien du polymorphisme des dépressions névrotiques que nous signalions au début de ce paragraphe.

E - EVOLUTION :

L'évolution des états dépressifs névrotiques est variable mais surtout irrégulière, les symptômes peuvent laisser le malade perplexe mais le médecin aussi parfois, car ni l'un ni l'autre n'arrivent à en découvrir la cause, c'est dans ces cas délicats que le sujet sera adressé au psychiatre analyste afin d'étendre l'anamnèse aux aspirations inconscientes du patient.

La durée de l'épisode dépressif est également variable, souvent longue, car il s'aggrave souvent avec chaque difficulté nouvelle et présente ainsi une ligne "ondoyante" pouvant faire croire à tort à des phases différentes, KIELHOLZ.

Quoiqu'il en soit une fois l'épisode dépressif éliminé, il persiste toujours chez ces patients des troubles névropathiques qui ne sont pas sans grever leur avenir psychiatrique.

F - Le Risque de Suicide dans les NEVROSES DEPRESSIVES :

Le danger de suicide existe, mais en raison du caractère très labile de ces malades, il est très difficilement prévisible par le médecin. Nous y reviendrons plus tard.

G - Le TRAITEMENT :

En raison du grand polymorphisme des états dépressifs névrotiques, le traitement ne peut présenter de règles bien codifiées.

Cependant, nous pouvons dire que la psychothérapie de soutien que tout praticien averti peut mettre en oeuvre se révèlera bien souvent comme une excellente mesure thérapeutique, qui permettra

de libérer le malade de ses angoisses et de lui redonner confiance, de nombreux auteurs sont d'accord sur ce point : BARUK, KOUPERNIK....

Cependant le généraliste doit éviter deux erreurs : tout d'abord il ne doit pas se déguiser en psychanalyste qu'il n'est pas, et il ne doit pas non plus affecter une attitude moralisatrice qui risque d'être plus nuisible que libératrice et de couper le contact médecin-malade.

Parfois cette psychothérapie de base se révèle insuffisante car elle ne peut atteindre les conflits inconscients du déprimé névrotique en particulier dans les formes obsessionnelles et phobiques, c'est pourquoi le généraliste devra faire pratiquer une cure psychanalytique.

Le plus souvent, il faudra associer des chimiothérapies électives, les anxiolytiques, les neurosédatifs et les hypnotiques seront le plus souvent nécessaires pour réduire l'anxiété, les symptômes neuro-végétatifs et les troubles du sommeil de ces malades. Les antidépresseurs seront le plus souvent utiles associés aux thérapeutiques précédentes.

Les résultats devront être appréciés avec prudence en raison des changements d'humeur de ces patients mais surtout le généraliste doit poursuivre le traitement avec persévérance.

LES DEPRESSIONS SYMPTOMATIQUES

Elles représentent un délicat problème de pratique courante pour ne pas dire un piège comme le note BERGOUIGNAN.

Il est certain que des états dépressifs peuvent masquer une affection somatique sous-jacente, c'est dire toute l'importance d'un examen clinique complet de ces patients.

Le problème se pose en général dans une double perspective :

- La dépression est symptomatique d'une affection organique sous-jacente,

ou

- La dépression accompagne et domine une autre affection psychiatrique.

I - PROCESSUS ORGANIQUES GENERATEURS DE DEPRESSIONS

A - Un grand nombre de maladies des plus courantes peuvent donner lors de la convalescence des troubles d'allure dépressive, il en est ainsi des grippes, des angines, des hépatites virales, des mononucléoses et de nombreuses maladies infectieuses ...

Mais, ces manifestations remarque fort judicieusement PICHOT, sont bien plus proches de la neurasthénie que des états dépressifs vrais, cependant nous avons déjà signalé qu'elles pouvaient créer un terrain propice à l'éclosion d'un état dépressif réactionnel ou d'épuisement véritable.

B - Les Affections CEREBRALES :

Occupent une place de choix :

1 - Les Tumeurs Cérébrales :

Peuvent très bien évoluer sous le masque d'un état dépressif.

REMINGTON et RUBERT sur 34 cas de tumeurs cérébrales révèlent 8 hospitalisations en milieu psychiatrique pour syndrome dépressif.

L'origine de l'état dépressif de ces malades a été attribuée à l'hypertension intracrânienne, à la désorientation temporo- spatiale, à la localisation (lobes frontal et temporal) de la tumeur surtout.

Le syndrome dépressif rencontré dans ces cas ne présente souvent rien de très caractéristique ce qui explique les erreurs possibles, une labilité émotionnelle particulièrement marquée serait un signe de présomption qui devrait inciter le généraliste à demander des investigations ophtalmolgiques et électroradiologiques.

Seule l'atteinte du lobe temporal associe aux signes dépressifs des symptômes propres d'emblée évocateurs : hémianopsie, troubles sensoriels paroxystiques à type d'hallucinations, sensation d'étrangeté ou de déjà vu (le classique dreamy state).

2 - La Paralysie Générale :

Réalise un autre processus trompeur. Pratiquement tous les auteurs constatent que les formes dépressives sont maintenant plus fréquentes que la classique méningo-encéphalite.

L'aspect le plus habituel réalise un syndrome dépressif à dominante asthénique avec des idées délirantes à thème de ruine, d'hypocondrie, plus rarement de culpabilité et d'indignité, l'anxiété est absente ou très minime. Mais le caractère d'absurdité, d'énormité de ces délires doit attirer l'attention du médecin sur la possibilité d'une paralysie générale.

3 - L'épilepsie :

Et particulièrement l'épilepsie temporale peut poser au généraliste des problèmes complexes.

Le risque de suicide au cours des états dépressifs engendrés par l'épilepsie serait beaucoup plus important qu'il n'est classiquement dit.

4 - Les atrophies cérébrales et l'Artério-sclérose :

Peuvent évoluer sous un masque dépressif. L'artério-sclérose en particulier a été invoquée à l'origine des dépressions involutives et séniles, peut-être avec une trop grande fréquence, PICHOT.

5 - Les traumatismes crâniens :

Peuvent donner dans les suites, des états dépressifs qui résultent plus du sentiment d'amoindrissement de ces sujets ou de l'organisation névrotique des troubles résultants que du traumatisme lui-même ; ils peuvent poser au Praticien de délicats problèmes médico-légaux.

C - Les Affections ENDOCRINIENNES

Peuvent être en cause, mais la plus extrême prudence doit être de rigueur en la matière.

Le domaine des maladies endocriniennes est par excellence celui des affections psycho-somatiques, et, BLEULER dans son intéressant livre "ENDOCRINOLOGIE et PSYCHIATRIE" a défini un "psycho-syndrome endocrinien" dont les troubles de l'humeur et l'inhibition psycho-motrice n'ont pas les caractéristiques du syndrome dépressif vrai, tel que nous l'avons exposé au début de notre étude. C'est pourquoi malgré leur intérêt ces troubles endocriniens n'ont pas la même importance que les affections cérébrales dans le déterminisme des dépressions symptomatiques, BERGOUIGNAN.

1 - Les insuffisances surrénales :

Ont été incriminées au cours des dernières années mais c'est ici que le Praticien devra se méfier de donner trop d'importance au "dépressif", nous avons à ce sujet une observation significative :

OBS. 30 - Mme B... Colette, 34 ans.

Mariée, 5 enfants qui lui "donnent beaucoup de soucis",
Type leptosome avec hyperémotivité nette,
Petit syndrome dépressif réactionnel en 1951.

Admise pour : Asthénie et Amaigrissement.

On note :

- asthénie marquée avec sensation d'épuisement physique et moral,
- humeur triste avec quelques "idées noires", sentiment d'ennui,
- anorexie importante, amaigrissement de 5 kilos en 6-8 mois,
- insomnies d'endormissement, constipation rebelle, baisse de la libido, troubles de la sexualité, hypoménorrhée depuis 3 mois.

Le diagnostic de syndrome dépressif est évoqué (l'épisode de 1951 aidant). Mais une légère pigmentation de la peau et des muqueuses nous fait penser à la possibilité d'une insuffisance surrénale qui sera confirmée par le laboratoire et l'épreuve thérapeutique.

2 - Le myxoedème :

Pourrait parfois évoluer sous un syndrome dépressif. PITTS et GUZE en ont rapporté plusieurs cas.

3 - Les insuffisances gonadiques :

En particulier, chez la femme, ont été invoquées à l'origine de certains états dépressifs, MEYER-HIRSCH. Nous y reviendrons plus loin à propos du problème des dépressions involutives.

4 - Les insuffisances hypophysaires :

Présentent peu d'intérêt.

D - Les affections HEMATOLOGIQUES :

Dans les affections hématologiques néoplasiques, peuvent se poser au Praticien des problèmes de type dépressif.

Mais ces états semblent plus réactionnels aux sentiments de maladie fatale, de mort prochaine, qu'à l'affection elle-même, plus "asthéniante" que "dépressive".

Nous avons cependant rencontré parmi nos malades une observation d'anémie de BIERMER (à rapprocher de celle de GAMBS et POUGET) se cachant sous un syndrome dépressif net.

OBS. 31 - Mme L ... Alice, 74 ans.

Veuve depuis 12 ans,
Sans antécédents psychiatriques.

Admise pour : baisse de l'état général.

On note :

- anxiété assez marquée,
- tristesse avec retour dans le passé, ennui de tout, idée de ruine physique et morale,
- asthénie importante douloureusement ressentie,
- demande la mort pour "être délivrée".

On pense devant ce tableau à une dépression pré-sénile mais le bilan biologique révèle une anémie hyperchrome avec mégaloblastes circulants. Il n'y a ni glossite ni syndrome neuro-anémique périphérique. La ponction sternale confirme le diagnostic de BIERMER.
Le traitement spécifique fait disparaître le syndrome psychiatrique à l'exception d'une certaine anxiété.

Ceci montre bien la prudence qui s'impose devant tout état dépressif.

E - Les Troubles METABOLIQUES :

Présentent moins d'importance en raison des résultats contradictoires et inconstants retrouvés dans la littérature. Les travaux consacrés aux catécholamines et à la sérotonine ne permettent pas de tirer des conclusions appréciables.

F - Les Maladies THERAPEUTIQUES et TOXIQUES :

Ce sont les travaux de NICK qui montrèrent que chez certains hypertendus l'emploi de la Réserpine pouvait déclencher des états dépressifs, mais la majorité des auteurs constate que ces dépressions réserpiniques ne surviennent que chez les malades prédisposés.

Ceci doit cependant inciter le Praticien à la prudence quant à l'usage de la Réserpine chez certains sujets.

De même, à la suite de traitements prolongés par les neuroleptiques au cours des psychoses, on a pu constater la survenue de syndromes dépressifs au moment de l'arrêt de la médication.

On peut en rapprocher l'état dépressif qui fait souvent suite au sevrage alcoolique, lié en grande partie à la suppression de l'alcool qui libère l'angoisse latente et n'exerce plus son action "psychotonique". Il n'en reste pas moins vrai que le rôle du terrain reste essentiel.

II - LES DEPRESSIONS SYMPTOMATIQUES D'AUTRES PSYCHOSES :

Ces états dépressifs souvent appelés "dépressions atypiques" peuvent masquer :

- une schizophrénie incipiens,
- un délire chronique,
- une personnalité psychopathique.

A - La SCHIZOPHRENIE :

C'est surtout chez le sujet jeune que le début de la maladie peut s'annoncer par un état dépressif.

Le méconnaître peut être grave mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès inverse et diagnostiquer derrière toute dépression névrotique de l'adolescence un début de schizophrénie.

L'attitude du Praticien à cet égard devra être prudente, il ne faut pas hésiter à faire appel au spécialiste ou recourir à l'hospitalisation au moindre doute.

Le plus souvent ces malades présentent une apathie et une inertie difficiles à vaincre et le désintérêt quasi-total pour tout ce qui les entoure ne facilite pas les contacts.

Ils ont généralement tendance à s'isoler et à se replier sur eux-mêmes justifiant cette attitude par des idées bizarres et "fumeuses" sur le monde extérieur.

L'angoisse qui peut atteindre l'atrocité de celle du mélancolique, la bizarrerie, la discordance de ces sujets passant d'un état de stupeur catatonique à un état d'agitation désordonnée permettent au généraliste de démasquer le processus dissociatif.

B - Les Délires CHRONIQUES :

Quels qu'en soient les thèmes et les mécanismes, ces délires sont parfois masqués par un état dépressif.

Le Praticien doit savoir en particulier que l'introduction des neuroleptiques dans le traitement des délires favoriserait l'apparition

des états dépressifs alors que les I.M.A.O. antidépresseurs auraient tendance à extérioriser certains délires hallucinatoires, KERNEUZET.

Ces états dépressifs posent le plus souvent des problèmes délicats au Praticien, ainsi la malade de l'observation suivante :

OBS. 32 - Mme B ... Hélène, 37 ans.

Mariée 2 enfants,
Aurait fait un premier accès délirant à la suite d'une contrariété d'atelier (aurait refusé les avances d'ordre sexuel de son chef), il y a 3 ans.

Admise pour : Intoxication volontaire par un flacon de Chlorpromazine.

On note :

- difficulté de contact en raison de la méfiance de la malade,
- angoisse importante avec agoraphobie,
- asthénie marquée avec céphalées et insomnies,
- tristesse avec pessimisme important, des idées délirantes à thème de persécution "poursuivie par son chef d'atelier", "les voisins se moquent d'elle", "on la nargue", hallucinations visuelles "voit son chef d'atelier sur le trottoir en face de sa fenêtre" ...
- désire la mort "pour se libérer".

Traitée par : IMIPRAMINE
LEVOMEPROMAZINE
HEPTAMINOL
HALOPERIDOL, qui apporte une légère amélioration, après 3 semaines sortie contre avis médical.

Le plus souvent, le généraliste devra faire appel au spécialiste.

C - Les Personnalités PSYCHOPATHIQUES :

Aux pulsions émotionnelles peu contrôlables sont souvent découvertes derrière le syndrome dépressif.

Ces sujets sont des pessimistes, douteurs, masquant parfois leur souffrance par une activité qui est une véritable fuite dans l'action ou bien se délectant dans leur état morose.

PICHOT remarque chez ces sujets une nette disposition à la toxicomanie alcoolique.

Le problème des dépressions symptomatiques fait donc partie intégrante de la clinique journalière et "bien qu'il ait pu paraître à quelques uns dépassé garde toujours son actualité", BERGOUIGNAN.

LES DEPRESSIONS INVOLUTIVES

Séparées par KRAEPELIN en 1896 de la psychose maniaco-dépressive, leur autonomie a fait l'objet de nombreuses controverses qui ne semblent guère épuisées.

On désigne en règle générale sous ce terme, les états dépressifs apparaissant pour la première fois à la période involutive à condition que les antécédents du sujet soient exempts de manifestations maniaco-dépressives, ou qu'ils ne soient pas secondaires à une atteinte organique.

La grande difficulté réside dans le fait que la période involutive crée un climat psychologique particulier par ses deuils, ses soucis financiers, ses infirmités, qui représente un excellent terrain prédépressif. Beaucoup d'auteurs en tirent des arguments pour ramener ces états dépressifs d'involution dans le cadre des dépressions réactionnelles ou névrotiques.

Il semble cependant intéressant, sur le plan pratique de garder le cadre nosologique des dépressions d'involution, en raison des caractéristiques particulières que l'on peut rencontrer chez ces patients, ROTH, WITTENBORN (cités d'après PICHOT).

- OBSERVATIONS :

OBS. 43 - Mme B... Pierrette - 53 ans.

Veuve de militaire, sans enfant - séjour de 10 ans en Indochine,
Séquelle d'amibiase chronique et de paludisme,
Syndrome dépressif réactionnel en 1963 lors ménopause,
Tempérament revendicateur et susceptible.

Admise pour : Syndrome dépressif.

On note :

- anxiété importante avec pleurs,
- douleur morale assez marquée liée à de nombreux facteurs : solitude, idée de déclassement (cuisinière de maître alors qu'elle était servie en Indochine), sentiment d'inutilité, de vie gâchée,
- accuse céphalées, vertiges, insomnie et bouffées de chaleur entrainant l'impression "d'être diminuée",

- idée de suicide latente,
- revendique sans cesse, à propos de tout et de rien.

Traitement par : TRIMEPRIMINE
DIAZEPAM, sortie contre avis médical après 13 jours.

OBS. 44 - Mme L... Jeanne, 56 ans.

Divorcée, remariée puis veuve depuis 3 ans (a bien supporté l'épreuve),
Ménopause il y a 5 ans - caractère scrupuleux et introverti,
Arthrose douloureuse, petits troubles cardiaques,
Commerçante de produits de luxe.

Admise pour : Tentative de suicide par Imipramine et Barbituriques consécutive à déception causée par son fils unique, 24 heures de coma.

On note :

- Anxiété très marquée,
- douleur morale avec sentiment d'échec, d'inutilité, de vide affectif, ne trouve plus de sens à la vie, impression de "prendre un coup de vieux", blessée dans son amour maternel,
- accuse des céphalées, des insomnies rebelles, une anorexie,
- suicide souhaité comme une délivrance à "tous ses maux".

Traitée par : TRIMEPRIMINE
LEVOMEPROMAZINE
MEPROBAMATE, sortie améliorée après 6 semaines.

OBS. 45 - Mme L ... Zénaïde, 56 ans.

Mariée, 3 enfants,
Sans antécédents psychiatriques, caractère schizoïde,
Ménopause assez troublée il y a 4 ans avec syndrome dépressif réactionnel et tentative de suicide - persistent bouffées de chaleur.

Admise pour : Tentative de suicide par défenestration à la suite d'une contrariété familiale.

On note :

- anxiété très prononcée,
- tristesse morale avec impression d'incapacité physique et morale, petit délire à thème religieux "voit des apparitions divines", pas d'auto-accusation,
- asthénie importante, anorexie totale, céphalées,
- suicide désiré pour "se libérer"

Traitement par : TRIMEPRIMINE
DIAZEPAM, transformée, après 5 semaines, sortie.

OBS. 46 - Mme G... Luiza, 67 ans.

Mariée, une fille,
Cardiopathie mitrale avec tachycardie, début de cécité,
Accident de la voie publique il y a deux ans ayant apporté diminution d'activité.

Admise pour : Tentative de suicide par un flacon de Digitaline.

On note :

- Anxiété très importante avec agitation verbale et pleurs,
- tristesse marquée, avec sentiment de ruine surtout physique "se sent diminuée", ressent l'éloignement de sa fille, l'incompréhension de son mari ...
- accuse des insomnies rebelles, des céphalées,
- suicide "dans un coup de cafard".

Traitement par : TRIMEPRIMINE
LEVOMEPROMAZINE
PSYCHOTHERAPIE, sortie améliorée après 4 semaines.

OBS. 47 - Mme C ... Juliette, 78 ans.

Veuve, 1 fils, schizophrénique,
Cardiopathie oedémateuse,
Douleurs thoraciques post-zostériennes.

Admise pour : Poussée d'insuffisance cardiaque et syndrome dépressif.

On note :

- faciès figé avec pauvreté gestuelle,
- tristesse centrée sur ses douleurs, l'avenir sombre, l'état de son fils "pourtant si gentil quand il n'est pas fou", l'impression de ruine et de vide,
- l'anxiété est assez marquée,
- accuse asthénie, insomnies, céphalées,
- demande une piqûre "pour en finir" mais la mort semble être son thème de prédilection.

Traitement par : TRIMEPRIMINE
HYPNOTIQUES, améliorée en 1 mois.

OBS. 48 - Mme V ... Alice, 62 ans.

Veuve, 2 enfants en province,
Vit seule, arthrose de la hanche, antécédents d'asthme,
Bronchite chronique,
Caractère schizoïde.

Admise pour : Asthénie et anorexie.

On note :

- anxiété importante avec pleurs,
- tristesse "refoulée" car tempérament fier, "n'a pas l'habitude de se plaindre et de demander de l'aide", soucis financiers, sentiment de dépréciation physique, "se sent très diminuée", difficultés à lire, "son seul bonheur", sentiment d'abandon, de vide,
- accuse insomnies, céphalées, anorexie, "boule dans la gorge",
- l'asthénie est importante,
- suicide souhaité, mais peur de souffrir.

Bilan biologique et radiologique révèle intégrité organique.

Traitée par : PSYCHOTHERAPIE
TRIMEPRIMINE
SEDATIFS, amélioration en un mois.

OBS. 49 - Melle M ... Madeleine, 77 ans.

Célibataire, émotive, scrupuleuse,
S'occupe de sa grande soeur (88 ans) "qui lui cause bien du souci",
Insuffisance circulatoire veineuse des membres inférieurs,
Arthrose.

Admise pour : Anorexie et épigastralgies.

On note :

- anxiété extrême,
- tristesse assez nette avec sentiment d'incapacité physique et morale, "peur qu'il arrive quelque chose à sa soeur", "qu'elle couve de petits soins", difficultés financières, mobilité limitée, un peu sourde, peur de l'avenir,
- accuse asthénie, épigastralgies, anorexie, palpitations, douleurs diffuses.

Bilan biologique et radiologiques normal.

Traitement par : PSYCHOTHERAPIE
TRIMEPRIMINE
DIAZEPAM, sortie améliorée en un mois.

II - LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

A - Le Rôle de l'HEREDITE :

Semble un peu particulier, nous avons déjà signalé dans la définition même, la rareté des antécédents maniaco-dépressifs.

Par contre, il semble que l'on retrouve dans l'hérédité de ces patients une grande fréquence de schizophrénie ou de personnalités schizoïdes.

KIELHOLZ, dans sa statistique portant sur 157 sujets, note une hérédité schizophrénique dans 17 % des cas, une hérédité d'indi-

vidus schizoïdes et introvertis dans 44 % des cas, les 39 % restants ne présentant pas de tare héréditaire.

Pour notre part, nous n'avons pas retrouvé d'hérédité manifestement schizophrénique dans nos observations : par contre, l'une de nos patientes avait un fils schizophrène (Obs. 47).

B - Le Rôle du Caractère PRE-MORBIDE:

De par sa définition même, la dépression involutive apparaît comme la suite logique d'un processus somatique de régression, mais ce facteur semble bien insuffisant à lui seul pour expliquer le syndrome.

L'étude du caractère pré-morbide de ces sujets présente une grande importance pour le Praticien, puisqu'il montre une forte prédominance (80 %) de sujets introvertis, scrupuleux, manquant de souplesse et susceptibles (Obs. 43-44), les autres (20 %) sont schizoïdes, portés à la contradiction et imprévisibles quant à leurs réactions émotionnelles (Obs.45-48).

Cependant, ROTH (cité d'après PICHOT) remarque que ces sujets qui attendent la période involutive pour faire un épisode dépressif, feraient preuve d'une fragilité émotionnelle moindre.

Toujours est-il que ces facteurs tendent à pousser ces individus dans la méfiance et la résignation, ce qui fait dire à KIELHOLZ que "ce sont des sujets prématurément vieillis qui ont la plus forte tendance aux dépressions involutives".

C - L'AGE et le SEXE :

Il semble que ce type dépressif soit plus fréquent chez la femme dont l'âge de prédilection se situe entre 50 et 60 ans, donc, en règle générale, plusieurs années après la ménopause.

Chez l'homme, cet âge serait plus tardif : entre 60 et 65 ans.

D - Facteurs PSYCHOLOGIQUES DECLENCHANTS :

Chez ces êtres isolés, prématurément vieillis, les évènements du dernier tiers de la vie qui présentent le plus souvent un caractère triste, seraient les facteurs déterminants.

La disparition progressive des proches et des amis qui entraine l'isolement (Obs. 43-44-48), le repli professionnel et social avec sa chute d'autorité et de considération, la prise de conscience douloureuse des petites infirmités physiques (Obs. 43-46-47-48) et de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et sexuelles qui induisent l'idée de dévalorisation, les difficultés financières parfois (Obs. 48), liés au sentiment général d'éviction et d'inutilité (Obs. 43-44-48) sont autant de facteurs de résignation et d'angoisse.

Tous ces petits déchirements successifs provoquent des réactions en chaîne qui altèrent progressivement l'état mental du sujet.

Sur ce terrain, la moindre tension émotionnelle nouvelle va entrainer des complications somatiques qui poussent ces malades à l'auto-observation exagérée, et laisse la porte ouverte à l'éclosion de l'état dépressif.

III - ETUDE CLINIQUE

A - Phase PRODROMIQUE :

Si le début apparent de la dépression involutive peut apparaître comme déclenché par un évènement récent, le Praticien ne se laissera pas abuser par ce caractère "évènementiel". Il retrouvera le plus souvent toute cette succession de petits faits que nous avons signalé.

Cette phase qualifiée par KIELHOLZ de stade "asthénico-hypocondriaque", est, en effet, dominée par les plaintes somatiques les plus variées.

Ce sont elles très souvent qui amènent ces sujets à consulter le Généraliste à type de palpitations, de précordialgies, de vertiges, de céphalées, de gastralgies, de sensation d'étouffement, d'insomnies et d'algies variées, il ne faut pas les mettre d'emblée sur le compte de l'âge, d'une athéromatose débutante ... elles risquent cependant d'égarer d'autant plus le médecin que ces malades demandent un soulagement médicamenteux rapide, et négligent ou ne veulent pas révéler leurs difficultés psychiques.

Si les craintes hypocondriaques masquent les signes dépressifs à cette phase, le Praticien devra donc particulièrement s'attacher à l'étude des facteurs étiologiques, qui seuls, permettront de rétablir le diagnostic.

Ces signes somatiques s'accompagnent le plus souvent d'angoisse ou d'anxiété.

B - La Phase d'ETAT :

Apparaît subitement après un nouveau choc émotionnel minime. Elle est habituellement dominée par :

1 - L'Anxiété, qui présente ici une particulière intensité. Elle se traduit par des pleurs, des gémissements, des mouvements incessants (Obs. 43-44-45-46).

2 - Les Troubles de l'Humeur, sont parfois difficiles à démasquer derrière l'anxiété qui domine tout l'être, l'expression douloureuse quand elle existe apparaît sur le visage comme excessive, théâtrale.

KIELHOLZ, constate qu'ils se traduisent, dans 91 % des cas, par des angoisses qui peuvent avoir suivant les sujets un caractère paranoïde, hypocondriaque, hystérique, obsessionnel ou catatonique.

Cette humeur est essentiellement centrée sur le malheur, avec un avenir envisagé sous un jour sombre (Obs. 43-47).

Des idées délirantes sont fréquentes et qui s'expriment le plus souvent par des thèmes d'auto-accusation, en règle pour des faits minimes, surgis du passé, et qui augmentent l'anxiété.

Des thèmes religieux, peur du péché, immortalité, apparitions divines, (cas de la malade de l'Obs. 45).

Des thèmes hypocondriaques pouvant aboutir à des idées de malfonctionnement ou de négation d'organes qui, associées à des idées d'absurdité et d'immortalité, réalisent le classique syndrome de COTARD.

3 - Le ralentissement intellectuel est assez délicat à apprécier en raison de l'angoisse des malades. La pensée, la volonté, l'initiative de ces sujets sont bloquées, mais beaucoup plus par l'anxiété et l'angoisse que par un ralentissement vrai. Parfois, le comportement de ces sujets est hostile avec phase de revendications (Obs. 43).

4 - Les Signes Physiques : sont souvent assez marqués, pouvant en imposer au Praticien pour envisager une dépression symptomatique d'une affection organique. C'est pourquoi chez ces sujets, l'examen somatique sera fait avec une attention toute particulière.

Il faut noter par ailleurs que ces malades, par leur agitation et leur refus d'alimentation, entraînant déshydratation et dénutrition, majorent ces signes et égarent le Praticien.

Ce dernier ne doit donc jamais se contenter d'un vague diagnostic d'atrophie cérébrale ou d'artériosclérose cérébrale, l'anamnèse avec ses notions d'hypertension artérielle, de signes confusionnels, des troubles de la mémoire, et les petits incidents neurologiques associés aux données biologiques et radiologiques permettront de trancher.

C - L'EVOLUTION :

Est, en général, très variable, mais habituellement longue.

Parfois, notamment dans les cas de dépression avec hypocondrie, on assiste au passage à la chronicité, avec des idées anxieuses et délires, en particulier de persécution.

Quelquefois on peut assister à la régression spontanée, (mais le plus souvent elle évolue vers une démence ou une psychose sénile à forme dépressive) KIELHOLZ.

En fait, le problème de l'évolution des dépressions involutives est dominé par le suicide.

D - LE RISQUE DE SUICIDE :

Sera envisagé dans un chapitre ultérieur, mais nous pouvons déjà signaler qu'en raison de l'anxiété et de l'ennui important dans

cette forme de dépression, la moindre contrariété supplémentaire peut provoquer un ruptus anxieux, et le suicide, qui devra donc rester le souci constant du Praticien.

E - Les Formes CLINIQUES :

1 - Les Dépressions Simples :

En raison du "climat" rencontré à cette époque de la vie, il est très fréquent de trouver des petits épisodes dépressifs, qui sont loin d'atteindre l'importance des états que nous venons d'analyser.

Souvent, à la limite du syndrome dépressif, ils ont tendance à être négligés par le généraliste, mais non seulement ils ouvrent la porte aux dépressions involutives graves s'ils ne sont pas reconnus et traités à temps, mais ils exposent au raptus suicidaire tout aussi redoutable.

2 - Les Dépressions Climatériques :

Bien que ces dépressions involutives surviennent en règle plusieurs années après la ménopause, on peut dire qu'elles sont très proches des dépressions climatériques par leur nature, leur symptomatologie et leur évolution.

Les déséquilibres endocriniens de cette période de vie ne suffisent pas à expliquer toute la pathogénie de ces dépressions, mais réalisent un terrain de moindre résistance aux différents psychotraumatismes que nous avons mentionnés pour les états dépressifs d'involution, et qui restent valables ici.

Nous avons signalé que la période ménopausique constituait un excellent terrain pour l'éclosion de dépressions mélancoliques, névrotiques, symptomatiques ... mais à côté de ces dépressions, il arrive également que l'on soit en présence d'un état dépressif de type involutif, BOREL, GAYRAL.

3 - Les dépressions séniles et préséniles :

Représentent les états dépressifs apparus aux périodes de sénescence et de vieillesse, ou sont l'aboutissement des dépressions involutives.

Les facteurs étiologiques décrits pour les dépressions involutives sont valables ici aussi.

La symptomatologie présente quelques caractères particuliers témoignant de la désorganisation du caractère de ces sujets.

L'anxiété est très marquée (Obs. 49) majorée par des plaintes hypochondriaques, qui sont en général au premier plan (Obs. 49), les perturbations émotives avec décharges affectives proches de la sensiblerie et des manifestations puériles (Obs. 49) sont habituelles, on note par ailleurs une certaine délectation morose pour lamort, par exemple (Obs. 47) et une exacerbation de la conscience douloureuse et morbide de ces vieillards, DELORE.

La diminution des facultés intellectuelles est nette, portant particulièrement sur la mémoire, la possibilité d'apprendre et de retenir, l'orientation spatiale.

Le risque de suicide n'est pas moins important ici que dans les dépressions involutives.

Comme le remarque REPOND, il faut se garder d'interpréter certains infantilismes régressifs des vieillards comme des manifestations d'une démence sénile, certaines façons de bouder, de salir, de refuser de manger ... seraient en fait, des tentatives maladroites de forcer la sympathie, l'affection.

V - LE TRAITEMENT:

La notion d'âge doit rester ici la préoccupation majeure du généraliste.

En effet, RONDEPIERRE remarque que l'adage qui conseille d'appliquer au vieillard la posologie de l'enfant doit être appliqué nulle part avec plus de rigueur qu'en ce qui concerne l'Imipramine.

Les anxiolytiques seront indiqués le plus souvent comme chaque fois que l'anxiété est importante.

Les neuro-sédatifs pourront être utiles sur les troubles somatiques.

La psychothérapie de soutien peut aider, dans certains cas, à lever les angoisses et à diminuer l'anxiété.

Dans la pratique, la prudence médicamenteuse, l'appel au spécialiste et l'hospitalisation, dans les cas graves, seront les règles thérapeutiques du Praticien.

LE RISQUE DE SUICIDE CHEZ LES DEPRIMES

Evaluer le risque de suicide chez le déprimé est non seulement l'une des tâches les plus difficiles du praticien, mais doit rester sa préoccupation constante car il conditionne dans une large mesure la conduite thérapeutique.

KIELHOLZ insiste à juste titre sur l'importance de la confiance réciproque, basée sur la compréhension, la franchise et un véritable contact affectif entre le malade et le médecin, ce dernier devant par ailleurs avoir une parfaite connaissance des états dépressifs.

Ce n'est en effet que dans ces conditions que le malade mis en confiance commencera à évoquer spontanément ses idées de suicide ou orientera le colloque sur son désir de mettre fin à ses jours et par là-même à ses maux.

I - LE SUICIDE :

" La conduite suicidaire est la réalisation d'un acte auto-agressif global C'est une conduite catastrophique qui porte en elle un risque intentionnel de mort car la mort demeure à l'instant où l'acte se réalise, sa principale caution et son unique débouché". GORCEIX.

La tentative de suicide témoigne donc d'une agressivité du sujet, agressivité retournée contre lui-même et représente une conduite de risque, une réelle conduite de danger, qui est une solution transitoire à l'anxiété de ces sujets, c'est pourquoi elle doit toujours être prise au sérieux, DE PAILLERETS, GORCEIX.

On a voulu distinguer plusieurs "degrés" de suicide allant de la conduite de mise à mort au suicide chantage, il semble bien que ces distinctions soient secondaires dans l'appréciation du "sérieux" de la tentative de suicide : KOUPERNIK, DE PAILLERETS, GORCEIX. Si le Praticien commet l'erreur de considérer le déprimé suicidant comme un comédien, il risque de "se faire démontrer" par une seconde tentative réussie cette fois, que l'on était bien loin de la comédie.

II - FREQUENCE

La tentative de suicide n'est pas une exclusivité des sujets déprimes, des individus normaux peuvent très bien y recourir, PEQUIGNOT.

Cependant, il est beaucoup plus fréquent de rencontrer des suicidants chez les malades mentaux, 15 à 30 % suivant les auteurs et tout particulièrement dans les états dépressifs qui représentent de grands pourvoyeurs de suicidaires.

Donc la fréquence des tentatives de suicide au cours des syndromes dépressifs est en général grande. Dans nos 49 observations nous avons retrouvé 27 tentatives de suicide, c'est dire leur actualité et leur importance en médecine courante.

III - LES FACTEURS FAVORISANTS

A - Les Prédispositions HEREDITAIRES :

L'hérédité suicidaire est fort discutée. Cependant il est généralement admis qu'une tentative ou un suicide réussi parmi les ascendants du malade constitue un élément aggravant.

Le Praticien se doit donc de rechercher ces faits et avec d'autant plus de soins qu'ils sont souvent cachés par le sujet et son entourage en raison du caractère honteux qui s'y rattache.

Par ailleurs, une forte hérédité psychiatrique sans notion de suicide parmi l'ascendance serait déjà un facteur favorisant.

B - Les Tentatives de SUICIDE ANTERIEURES :

Sont un facteur péjoratif. Dans nos observations nous avons relevé 6 malades dont c'était la seconde tentative (Obs. 2-5-10-18-42-43) et 1 malade dont c'était la troisième tentative (Obs. 9).

Plus importantes à considérer que la technique employée seraient les circonstances de survenue de ces tentatives antérieures, suicide chantage pour attirer l'attention des proches ? suicide d'impulsion ? ou suicide médité avec préparatifs (mise en ordre des papiers, choix du lieu ...), ce dernier aurait une importante valeur péjorative.

Ce sont les déprimés mélancoliques (Obs. 2 et 5) et involutifs (Obs. 45) qui comptent habituellement des tentatives de suicide multiples.

Là aussi le Praticien doit être très soigneux en interrogeant ces malades car les tentatives de suicide antérieures sont souvent inavouées, tel sujet qui déclare n'avoir jamais fait de tentative finira au terme du colloque bien conduit par dévoiler qu'il en est à sa 2e ou 3e tentative de suicide.

C - L'AGE et le SEXE :

La tendance au suicide croît avec l'âge jusqu'à une certaine période. Le maximum de fréquence semble se situer chez la femme vers 50-60 ans (6 cas sur nos 18 tentatives de suicides féminins) chez l'homme il est reculé vers 60-70 ans (en fait nous retrouvons dans nos observations un maximum entre 40 et 50 ans : 5 cas sur 9 tentatives de suicide masculines).

Une seconde flèche de fréquence est notée vers 20-30 ans (9 cas sur 27 réactions suicidaires).

Par ailleurs, la majorité des auteurs (KOUPERNIK, GORCEIX..) s'accordent pour admettre une nette augmentation du risque chez l'homme, ce qui tiendrait au fait que ce dernier prépare mieux son suicide, par contre la tentative de suicide serait prépondérante chez la femme, enfin les suicides d'adolescents ont en règle un meilleur pronostic que chez les adultes.

Pour notre part, nous avons trouvé une nette prédominance féminime chez les candidats au suicide, 18 femmes contre 9 hommes, mais nous avons également noté que le pronostic vital avait été plus souvent engagé dans les tentatives de suicide masculines.

Quoi qu'il en soit, l'âge et le sexe ne sont que des facteurs secondaires dans l'évaluation du risque de suicide.

D - La PERSONNALITE :

Du déprimé suicidant est déjà plus importante à considérer par le généraliste.

DES LAURIERS signale à juste titre que certains types d'individus semblent plus exposés que d'autres au suicide, au cours des syndromes dépressifs.

Les sensitifs rigides, timides et ambitieux ayant une hostilité plus ou moins la tente seraient particulièrement entraînés au suicide lors d'états dépressifs. De même les hystériques, les déséquilibrés, les personnalités psychopathiques et certains névrosés en phase dépressive sont en raison de leur angoisse vitale de "bons" candidats au suicide.

E - Les SITUATIONS VITALES :

Semblent jouer un rôle considérable.

KIELHOLZ signale qu'il y a une plus grande fréquence de tentatives de suicide chez les citadins déprimés qu'à la campagne.

Les travaux de BUGARD montrent que les conditions sociales, intellectuelles, religieuses, morales sont des facteurs de première importance.

La détresse impuissante des déprimés, leur tristesse, le sentiment d'abandon et d'isolement augmenté et auto-entretenu par le retrait de la collectivité et la fuite des contacts humains déclenchent le besoin d'évasion d'une situation devenue intolérable.

Les poussées subites d'angoisse provoquées par un déséquilibre affectif, deuil, divorce, mésentente conjugale, sont très souvent génératrices de tentatives de suicides, parmi nos 27 déprimés ayant fait une réaction suicidaire :

- 2 survenaient après un deuil,
- 2 survenaient après l'annonce d'un divorce,
- 10 survenaient après une mésentente conjugale,
- 12 survenaient après un choc affectif.

Le désoeuvrement imposé est particulièrement nocif chez les sujets en période involutive ou présénile, d'autant plus que des idées d'inutilité, d'incapacité s'y ajoutent et augmentent la tendance suicidaire.

Les soucis financiers, les détresses matérielles, la perte de biens, les maladies organiques plus ou moins douloureuses, les troubles du sommeil, les toxicomanies et l'alcoolisme contribuent également à majorer la tendance suicidaire.

Mais la perte de la foi religieuse, d'un idéal moral ou politique peuvent très bien aggraver ce risque chez les déprimés.

C'est dire le grand polymorphisme des facteurs déclenchants la réaction suicidaire du déprimé.

IV - RISQUE DE SUICIDE et TYPE DEPRESSIF :

Les différents facteurs favorisants passés en revue, le médecin doit encore tenir compte du type de dépression en cause pour évaluer ce risque.

A - La Dépression MELANCOLIQUE :

Tous les auteurs constatent (EY, PICHOT, KOUPERNIK, KIELHOLZ, LAMBERT ...) que le problème de l'évaluation du risque de suicide est dominée par le diagnostic de la mélancolie.

Le désir de mort fait en effet partie intégrante du tableau clinique de la mélancolie, comme l'écrit fort justement DES LAURIERS "tout mélancolique doit être considéré comme en danger de mort et protégé contre lui-même par une surveillance rigoureuse".

La recherche des idées de suicide chez le mélancolique n'est pas aisée, même pour le Praticien averti. Le suicide chez ce malade peut en effet survenir à n'importe quel moment, il est souvent prémédité, soigneusement dissimulé à l'entourage et au médecin, et réalisé avec une extraordinaire ingéniosité.

Le raptus suicidaire en est la forme la plus dangereuse et c'est souvent chez les malades les plus inhibés, immobiles, plongés dans la stupeur qu'on doit le redouter, le geste est accompli brusquement avant qu'on ait pu le prévoir. Notre malade de l'Obs. 3 est une bonne illustration de ces faits.

Le suicide collectif ou familial "en quelque sorte euthanasique" selon l'expression de EY, est toujours possible, on se souvient en effet que le mélancolique étend ses craintes, son angoisse à ses proches

et aux personnes qui lui sont chères, ainsi le malade entraîne dans la mort son conjoint ou ses enfants.

Les phases terminales de la crise, les fameuses "queues de mélancolie" si souvent tragiques à cet égard réclament une particulière attention.

Dans nos observations nous retrouvons deux malades hospitalisés pour une seconde tentative de suicide (Obs. 2-5), deux malades admis pour leur première tentative (Obs. 3-4), le cinquième malade évoque et désire le suicide (Obs. 1), trois de ces suicidants mélancoliques mirent sérieusement en jeu leur pronostic vital (Obs. 3-4-5).

La grande difficulté réside dans le diagnostic des formes mineures de dépression mélancolique, le Praticien se trouve alors en présence d'un petit déprimé douteur, peu loquace, ruminant sa douleur morale et qu'il aura tendance à prendre pour un sujet triste et fatigué : l'urgence est pourtant grande car ce sont ces malades qui dissimulent et préparent avec une minutie extraordinaire leur suicide, d'autant plus que l'entourage aura le plus souvent tendance à sous estimer le caractère grave de ces dépressions et par ses sarcasmes, ses conseils moralisateurs, augmentera la douleur morale et le risque suicidaire.

La grande forme anxieuse peut également revêtir une forme atténuée qu'il faut savoir dépister à temps.

Nous devons signaler que les chimiothérapies modernes n'écartent pas pour autant le risque de suicide, surtout au début du traitement, car les antidépresseurs étant psychotoniques peuvent lever les dernières barrières qui empêchaient le malade de passer à l'acte (c'est le cas de l'Obs. 3).

Toute la prophylaxie du suicide mélancolique réside donc dans le diagnostic précoce porté par le médecin généraliste et surtout sur le geste thérapeutique essentiel qui s'impose d'urgence, l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

B - Dans la Dépression REACTIONNELLE :

Le fait que les syndromes dépressifs de type réactionnel surviennent sur des personnalités pré-morbides déjà troublées doit inciter le Praticien à étudier avec une attention toute particulière les facteurs favorisants cités au début de ce chapitre pour évaluer le risque de suicide.

Le polymorphisme habituel des dépressions réactionnelles est tel que le médecin se trouve chaque fois devant un cas particulier.

L'importance de l'angoisse, de l'agitation, la période ménopausique seraient des facteurs péjoratifs.

La possibilité de suicide à tout moment est loin d'être exclue, les tendances pseudo-suicidaires de même que le suicide-chantage si souvent rencontrés dans ce type de dépression ne doivent pas être

dédaignées et surtout pas "dévalorisés" aux yeux du suicidant par une mauvaise psychothérapie.

Parmi nos 20 observations de dépressions réactionnelles nous avons rencontré 12 premières tentatives de suicide (Obs. 11-12-13-14-15-16-17-19-20-22-24-25), 2 secondes tentatives (Obs. 10-18) et 1 troisième tentative (Obs. 9) dont le caractère "sérieux" de certaines (Obs. 11-13-15-24) ne peut être nié.

Si l'on ajoute que plusieurs malades évoquaient le suicide comme un moyen de "sortir de là" (Obs. 8-21-23) nous devons bien considérer que le risque de suicide chez le déprimé réactionnel n'est pas un problème mineur que le généraliste puisse négliger.

C - Dans les Dépressions d'EPUISEMENT :

Le médecin ne doit jamais oublier qu'il est en présence d'un "bon" terrain pour le suicide.

Souvent négligé parce qu'il est inapparent, ce risque est presqu'aussi imprévisible que dans la mélancolie.

Survenant après le moindre petit échec nouveau, la contrariété la plus minime, le Praticien doit être à l'affut du moindre indice lors du colloque et ne pas hésiter à placer ces malades d'urgence en milieu hospitalier.

Parmi nos 4 malades ayant fait une dépression d'épuisement, nous notons deux tentatives de suicide (Obs. 28-29) et un malade qui envisageait la mort comme moyen de libération (Obs. 27).

D - Dans les Dépressions NEVROTIQUES :

Le risque de suicide semble moins important. Si l'état laisse paraître des troubles névrotiques mal structurés, le suicide est parfois possible et survient à la suite d'un sentiment d'abandon, d'impuissance, ou à la suite de l'hostilité de l'entourage, d'une mauvaise psychothérapie du médecin qui n'aura pas su rassurer le patient.

Cependant, si ce risque peut apparaître moindre aux yeux du Praticien, il ne doit pas être pour autant négligé totalement.

Par contre si l'état dépressif survient sur une névrose patente, il faut savoir le reconnaître rapidement et se garder de prendre à la légère la moindre menace de suicide.

Chaque type de névrose déteint sur l'aspect clinique de l'état dépressif mais également sur les modalités des intentions suicidaires de ces sujets.

Ainsi le déprimé hystérique réalisera le plus souvent un suicide chantage avec tout son cortège de théâtralisme, dont l'erreur consiste justement à ne lui accorder que l'importance d'une "mise en scène" qui permettra chez le malade le développement d'une idée de rejet qui induira une nouvelle tentative réussie cette fois.

Le déprimé obsédé, tourmenté et angoissé à l'idée de ne pouvoir remplir les obligations qu'il s'est fixées, peut très bien passer à l'acte au cours d'un accès de panique.

Les dépressions des névroses d'angoisse en raison de la personnalité de ces malades et des crises paroxystiques d'anxiété exposent avec une réelle fréquence aux réactions suicidaires.

En cas de dépression névrotique survenant chez un alcoolique le risque serait très augmenté.

Nous avons relevé 4 tentatives de suicide dans nos 10 observations de dépressions névrotiques (Obs. 36-38-39-42) dont une (Obs. 42) a présenté deux tentatives à quelques jours d'intervalle.

Donc si le risque suicidaire semble moindre dans les dépressions névrotiques, le médecin doit bien se garder de l'ignorer.

E - Dans les Dépressions INVOLUTIVES et PRESENILES :

Nous retombons sur un terrain nettement prédisposant, où le rôle des situations vitales est primordial, le moindre fait nouveau qui vient s'ajouter à la longue suite de déchirements de ces malades les précipite vers les réactions auto-agressives.

La majorité des auteurs reconnaît que dans ce type de dépression le risque de suicide est important et qu'en général les tentatives sont presque toujours sérieuses (Obs. 44 et 45).

Cependant il est difficile au Praticien de déceler les intentions suicidaires de ces malades, le plus souvent masquées par l'angoisse et l'anxiété, c'est pourquoi il devra les rechercher avec une particulière attention tant est minime le facteur déclenchant.

Parmi nos 7 observations nous relevons 3 tentatives de suicide (Obs. 44-45-46) et 2 malades qui désirent la mort (Obs. 43 et 47).

F - Dans les Dépressions SYMPTOMATIQUES :

1 - d'une affection Organique :

Le suicide dans les paralysies générales à forme dépressive n'est pas exceptionnel.

Dans les épilepsies le malade peut également faire une tentative de suicide lors d'un épisode dépressif paroxystique.

Dans les atrophies cérébrales dépressives, où l'autocritique est conservée, le suicide n'est pas une rareté.

2 - d'une Psychose :

Le risque de suicide est habituellement augmenté.

Chez le schizophrène qui est déjà un suicidaire en puissance la venue d'un état dépressif surtout au début de la maladie, va considérablement augmenter cette tendance à l'autodestruction.

Dans les états dépressifs symptomatiques de délires le risque suicidaire est également majoré (cas de l'Obs. 32).

V - EVALUATION ET PROPHYLAXIE DU SUICIDE CHEZ LE DEPRIME

L'évaluation du risque de suicide est le problème essentiel que tout Praticien doit se poser devant un malade présentant un syndrome dépressif. Ce risque nous venons de le voir existe de façon plus ou moins latente chez la majorité des patients déprimés (27 tentatives de suicide et 9 malades évoquant sérieusement le suicide comme une solution à leurs problèmes sur 49 cas de dépressions). C'est dire l'importance du problème.

Une particulière prudence s'impose en cas de mélancolie et de dépression involutive dont la forte tendance au suicide est admise par tous, pour les autres formes le praticien devra minutieusement analyser les différents facteurs favorisants sachant toutefois que le suicide reste toujours possible au cours de l'état dépressif même en apparence le plus banal.

Par ailleurs, il faut signaler que les médications nouvelles dont l'efficacité réelle peut inciter le Praticien, souvent sous les pressions de l'entourage, à traiter ces malades en ambulatoire, donc sans surveillance véritable, majore le risque suicidaire.

De même ces médications dans la mesure où elles lèvent les inhibitions du sujet et lui permettent de passer brutalement à l'acte, représentent un risque supplémentaire dont le médecin doit tenir compte.

Pour KIELHOLZ la meilleure prophylaxie du suicide reste "un solide contact affectif entre le sujet déprimé et le médecin traitant". En effet, ou bien le malade promet de ne pas tenter de mettre fin à ses jours, et de venir chercher conseil et soutien chaque fois qu'une telle pensée s'empare de lui, ou bien s'il se sent incapable de faire cette promesse, il devra se laisser convaincre de la nécessité de prendre d'urgence les mesures qui s'imposent.

Nous sommes donc en présence d'un problème de pratique courante devant lequel le généraliste ne doit pas "se dérober", lorsque la tendance suicidaire se précise l'appel au spécialiste est de mise, lorsque le risque est imminent l'hospitalisation en milieu psychiatrique est urgente.

TRAITEMENT DES ETATS DEPRESSIFS

Bien que nous ayons déjà dit quelques mots sur la thérapeutique de chacun des états dépressifs que nous avons étudié, nous ne pouvons terminer cette étude sans envisager le traitement d'ensemble des dépressions.

Celui-ci doit être fondé sur une double connaissance, tout d'abord celle de la séméiologie des états dépressifs qui permet un diagnostic précis et celle non moins importante des moyens dont nous disposons.

I - METHODES ET INDICATIONS :

1 - Les METHODES DE CHOC :

Depuis l'avènement des chimiothérapies modernes, l'électrochoc possède des indications certes plus limitées qu'il y a une dizaine d'années.

Actuellement cette méthode, considérablement modifiée par l'introduction de la narcose barbiturique préalable et de la curarisation, est une thérapeutique indolore et pratiquement sans danger, dont la majorité des auteurs pense qu'il est encore impossible de se passer totalement dans le traitement des dépressions, DENIKER.

Les grandes indications de l'électrochoc demeurent :

-En premier lieu la nécessité d'agir vite, dans les cas de mélancolie anxieuse ou stuporeuse où la souffrance morale est intense et le risque de suicide imminent on doit recourir d'emblée à la sismothérapie pour son action relativement plus rapide et plus puissante, DENIKER, KOUPERNIK.

- La seconde indication est évidemment le syndrome dépressif rebelle aux chimiothérapies ou tardant à s'améliorer.

- Enfin, chez la femme enceinte, la sismothérapie est très bien tolérée et n'expose pas au risque de tératogenèse.

Cependant il faut savoir que l'électrochoc peut n'apporter qu'une amélioration éphémère, mais grâce à lui l'urgence psychiatrique est jugulée et on peut relayer par la chimiothérapie dont le

progrès essentiel réside dans la possibilité d'action de longue durée, l'électrochoc restant parfois décisif, DENIKER.

Cette méthode présente quelques contre-indications que le Praticien doit connaître :

Il est classiquement dangereux de pratiquer l'électrochoc chez les sujets porteurs d'un anévrysme aortique, d'une insuffisance cardiaque surtout droite, d'une tuberculose ou d'un asthme et enfin chez l'hypertendu préalablement traité par le Réserpine (la contre-indication serait ici absolue, KOUPERNIK).

Les autres méthodes de choc (électro-narcose, cardiazol I.V., insulinothérapie) beaucoup moins maniables, sont définitivement supplantées par l'électrochoc-thérapie.

2 - Les CHIMIOTHERAPIES :

Si l'on choisit d'employer les thymoanaleptiques, deux grands types de médicaments s'offrent au médecin, les dérivés de l'Iminodibenzyle (dont le chef de file est l'Imipramine) et les inhibiteurs de l'oxydase des Monoamines, les I.M.A.O., (dont le chef de file est l'Iproniazide).

A - IMIPRAMINE ET DERIVES :

Si l'on traite pour la première fois un déprimé par les antidépresseurs, on a tout intérêt à commencer par le produit ayant le plus de chance de succès, ce médicament est et reste de l'avis général l'Imipramine, DENIKER.

Le traitement d'attaque (pratiqué en milieu hospitalier en raison des risques d'hypotension) consiste en injections intramusculaires tri-quotidiennes pendant une dizaine de jours, à la dose de 100 à 150 mg pro die.

Lorsque le changement de l'humeur se produit, on passe alors aux comprimés à 25 mg (qui peuvent être donnés d'emblée dans les cas moins sévères) à raison de 4 à 6 comprimés selon les cas, par 24 heures.

Il faut en règle générale poursuivre le traitement deux semaines pour pouvoir valablement juger des résultats car l'amélioration se fait entre 10 et 15 jours. Si elle ne se produit pas après cette date, se pose le délicat problème d'utiliser l'électro-choc (après avoir diminué les doses d'Imipramine) ou de lui substituer une nouvelle chimiothérapie.

En cas d'action favorable le traitement d'entretien sera poursuivi pendant plusieurs mois (en raison du caractère essentiellement suspensif des chimiothérapies) et souvent sous contrôle du médecin traitant. C'est pourquoi une bonne connaissance de ces produits lui est nécessaire.

Il faut savoir que la diminution des doses lors du passage du traitement d'attaque au traitement d'entretien laisse subsister un délai de rechute d'environ deux semaines pendant lesquelles le patient doit être surveillé avec une particulière attention.

Les résultats obtenus avec l'Imipramine sont en général bons dans les mélancolies et les dépressions involutives, plus aléatoires dans les dépressions névrotiques.

En raison de ses effets secondaires (que nous envisagerons dans un paragraphe ultérieur) et de son action plus dynamisante qu'anxiolytique on emploie rarement l'Imipramine seule.

DELAY, DENIKER et LEMPERIERE ont montré que l'association des neuroleptiques à l'Imipramine était souhaitable et permettait de renforcer l'activité antidépressive, tout en calmant l'anxiété.

On peut aussi employer la Chlorpromazine, la Lévomépromazine qui malheureusement sont également hypotenseurs, avec la Thioridazine et la Fluphénazine cet inconvénient est moindre. Les tranquillisants peuvent être utiles (Méprobamate, etc ...), les hypnotiques sont souvent nécessaires pour réduire les troubles du sommeil (prescrits de préférence en suppositoires en raison du risque de suicide). Les opiacés (Laudanum en particulier) sont très efficaces et peuvent apporter une aide appréciable au début du traitement.

C'est ainsi que l'on a synthétisé des produits dérivés de l'Imipramine et associant dans une même formule chimique les propriétés antidépressives de ce corps aux propriétés anxiolytiques des neuroleptiques, on prescrira :

- la Triméprimine à la dose de 150 à 200 mg par jour,
- l'Amitriptyline à raison de 100 à 200 mg par jour,
- l'Opipramol : 75 à 150 mg par jour.

En règle générale, l'Imipramine et ses dérivés sont contre-indiqués chez les vasculaires, les comitiaux et les sujets traités par I.M.A.O.

B - IPRONIAZIDE et les I.M.A.O. :

L'Iproniazide est historiquement le premier antidépresseur entré en pratique.

Le traitement d'attaque consiste à augmenter progressivement pendant deux ou trois jours la dose de produit pour atteindre une posologie efficace de 100 à 150 mg par jour, qui sera maintenue 10 à 15 jours avant qu'apparaisse son action, on pourra alors diminuer progressivement les doses quotidiennes jusqu'à la posologie d'entretien qui sera poursuivie plusieurs mois.

Son efficacité est certaine donnant environ 50 % de bons résultats, ses propriétés étant comparables à celles de l'électrochoc, LAURAS.

Cependant, en raison des inconvénients du produit (surtout accidents vasculaires et ictères graves) dont nous parlerons plus tard, on a cherché d'autres I.M.A.O. plus puissants encore mais moins dangereux.

Ainsi sont utilisées :

- le Nialamide qui ne présente pas d'hépatoxicité, donné à la dose de 150 à 200 mg par jour,
- l'Isocarboxazide 30 à 50 mg par jour,
- la Phénelzine 30 à 45 mg par jour,
- l'Iproclozide 40 à 60 mg par jour,
- l'Hydrazino-octane 5 à 25 mg par jour.

De même que pour le groupe de l'Imipramine, l'assoication de neuroleptiques, tranquillisants ou sédatifs aux I.M.A.O. est classique.

Les indications des I.M.A.O. sont sensiblement les mêmes que celles de l'Imipramine : la mélancolie simple et la mélancolie franche sont les meilleures indications, dans les états dépressifs névrotiques, les résultats seraient pour certains auteurs meilleurs qu'avec l'Imipramine.

3 - LA PSYCHOTHERAPIE :

Dite de "soutien" est indispensable au cours du traitement des états dépressifs.

Le médecin doit savoir se montrer compréhensif et souple, savoir établir des liens positifs avec son malade, et par de judicieuses comparaisons, ou des explications simples, lui rendre une dignité qu'il pensait avoir perdu par l'idée d'une maladie qu'il juge humiliante et le sentiment d'une infériorité insurmontable.

Une fois l'amélioration de l'humeur acquise, ces malades sont encore fragiles et le rôle psychologique du médecin sera primordial lors de la reprise d'une vie socio-professionnelle active.

Nous avons signalé les erreurs et par là même les limites de la psychothérapie du généraliste, à propos des dépressions névrotiques, il est bon de rappeler cependant qu'une attitude "moralisatrice" n'est pas souhaitable et que le Praticien doit bien se garder de "jouer" au psychanalyste.

Ce dernier, seul, permet dans certains cas de névroses dépressives d'apporter une solution aux problèmes vitaux de ces malades.

Nous pouvons donc dire avec BALVET que "le médecin devra ne jamais perdre de vue que toute prescription médicamenteuse implique une relation d'homme à homme qui laissée dans l'ombre risque de devenir un grave facteur perturbant : mais qui, au contraire, analysée et méthodiquement exploitée devient un important élément psychothérapique".

II - LIMITES ET DANGERS :

Nous avons déjà cité les accidents possibles de l'électrochoc-thérapie, nous n'aborderons donc ici que les dangers des chimiothérapies.

1 - INCONVENIENTS :

Le Praticien doit savoir que le traitement par les antidépresseurs entraîne l'apparition de certains phénomènes gênants, d'ailleurs communs aux deux groupes de thymoanaleptiques quoique de manière inégale.

La sécheresse de la bouche, les bouffées vaso-motrices, la sudation exagérée, l'hypotension, l'impuissance et la prise de poids sont des effets secondaires pratiquement constants tout particulièrement avec les corps du groupe de l'Imipramine.

Ils peuvent expliquer l'impression de "droguage" accusée par ces malades et nécessitent comme le souligne LAURAS que le patient soit prévenu à l'avance et bien encadré afin de lui éviter d'en profiter pour arrêter le traitement.

L'insomnie possible impose que la dernière prise de produit soit faite avant 16-17 heures.

L'inversion brutale de l'humeur dans le sens maniaque peut se produire au bout de quelques jours, imposant une surveillance stricte et dès l'apparition des symptômes, la diminution des doses d'antidépresseurs, l'association ou l'augmentation de doses de neuroleptiques.

2 - COMPLICATIONS :

Certaines manifestations peuvent prendre rang de complications. Des rétentions d'urine peuvent survenir chez les prostatiques traités par l'Imipramine.

Des complications neurologiques à type de convulsions et de polynévrites (avec les I.M.A.O.) ont été signalées, ce qui incite à la prudence chez les épileptiques.

L'imipramine pourrait entraîner une crise de glaucome.

Les complications cardio-vasculaires : infarctus du myocarde, phlébites, sont plus difficiles à rattacher au rôle déterminant des antidépresseurs, par contre les accidents cutanés, érythèmes, prurit, photosensibilisation sont loin d'être rares.

La dégénérescence jaune aiguë du foie constatée aux U.S.A. à la suite de traitements par les I.M.A.O., bien que non retrouvée en FRANCE, doit inciter à la prudence chez les hépatiques.

Si ces complications sont possibles, elles sont cependant assez rares.

3 - DANGERS :

Trois types d'accidents méritent toute l'attention du Praticien.

a - Les Hypertensions Paroxystiques :

Qui seraient observées exclusivement avec les I.M.A.O. sont assez fréquentes, 1.% des malades traités d'après BERTAGNA.

Cliniquement, on assiste à une poussée tensionnelle impressionante accompagnée de céphalées, d'oppression thoracique, de malaise général, tout rentrant progressivement dans l'ordre en 30 à 60 minutes.

Si ces accès restent habituellement sans lendemain, dans certains cas ils peuvent provoquer une crise d'O.A.P. ou la mort subite par oedème aigu cérébral.

Ces accidents tensionnels sont imprévisibles et peuvent survenir chez des sujets traités par les I.M.A.O. même employées seules, en dehors de toute association médicamenteuse, il semble donc que des susceptibilités individuelles soient en cause qui invitent le Praticien à la prudence dans le maniement de ces médications.

b - Les Incompatibilités Médicamenteuses :

- Certains médicaments ne doivent jamais être prescrits chez les malades traités par les thymoanaleptiques.

Les amphétamines, la caféine, la péthidine, la réserpine, l'adrénaline et ses dérivés (noradrénaline, métasympathol, pressedrine ...) ; le banal solucamphre même, sont formellement contre-indiqués chez les sujets traités par les I.M.A.O. en raison du risque d'hypertension artérielle paroxystique toujours dramatique, parfois fatal, KOUPERNIK.

BERTAGNA, LAURAS, GAULTHIER ont montré que les essais de correction de l'hypotension induite par ces thérapeutiques étaient souvent à l'origine de ces accidents.

- L'association d'une I.M.A.O. à un dérivé de l'Imipramine.

Doit être formellement proscrite, tous les auteurs sont maintenant d'accord sur ce point.

Elle expose en effet à des accidents vasculaires dramatiques à type de collapsus parfois mortel ou d'hypertension paroxystique.

La possibilité des accidents que nous venons de signaler persiste environ deux semaines après l'arrêt de l'I.M.A.O. (en raison de l'accumulation et de l'élimination lente du produit).

Ainsi si l'on veut substituer l'Imipramine à l'I.M.A.O. initialement prescrite, faut-il attendre une dizaine de jours et commencer par des doses faibles en surveillant les réactions du malade, la substitution dans le sens inverse est plus facile en raison de l'élimination rapide de l'Imipramine .

C'est dire la grande prudence qui doit être le souci constant du Praticien chez tout déprimé traité par les I.M.A.O.

Nous pouvons donc dire avec LAURAS que l'Imipramine et ses dérivés, malgré leurs réactions secondaires plus gênantes, mais par leur caractère plus sûr et leur champ d'action plus étendu, doivent être employés par le généraliste de façon préférentielle aux I.M.A.O. sous réserve d'en respecter les règles d'utilisation.

c - Le Risque de Suicide :

Nous avons souvent signalé sa gravité, mais on ne saurait trop répéter combien la mise en oeuvre du traitement antidépresseur accroît ce risque en provoquant par ses petits incidents une recrudescence de l'anxiété tout en levant l'inhibition qui donne à ces malades le dynamisme nécessaire pour exécuter leur volonté d'auto-destruction (Obs. 3).

- CONSEQUENCES PRATIQUES

A - HOSPITALISATION ou CURE AMBULATOIRE :

La majorité des auteurs considère que le traitement des dépressions sévères où il faut agir vite et prévenir un suicide, nécessite l'hospitalisation en milieu psychiatrique et non en service général ou rien n'empêche le malade de se pendre ou de se défénestrer (Obs. 3) KOUPERNIK, DENIKER. Par ailleurs seule l'hospitalisation permet la mise en oeuvre de certaines thérapeutiques (sismothérapie, imipramine intra-musculaire ...), un contrôle régulier de l'état mental du sujet et une bonne application du traitement.

S'il s'agit d'un malade présentant une dépression simple, l'internement dans "le monde hétérogène des grands malades psychiatriques" paraît peu indiqué, KOUPERNIK. L'admission dans un service de médecine générale ou la cure ambulatoire peuvent alors être envisagées.

Quoi qu'il en soit, c'est bien souvent au généraliste qu'il incombe de trancher l'alternative : hospitalisation ou cure ambulatoire. Une connaissance parfaite des états dépressifs et de leurs traitements lui sera nécessaire pour ce choix. Dans les cas délicats, il n'hésitera pas à faire appel à l'autorité d'un consultant.

B - ASSOCIATIONS MEDICAMENTEUSES :

Les hypnotiques, les accélérateurs du transit intestinal, les neuroleptiques et les tranquillisants seront utilement associés aux thymoanaleptiques pour pallier à leurs effets gênants.

Le problème de l'hypotension est plus délicat, s'il peut être aisément résolu chez les sujets traités par l'Imipramine en lui associant des vaso-presseurs, chez les malades traités par les I.M.A.O. la seule ressource est alors le repos au lit.

Le Praticien doit donc le plus souvent utiliser des associations médicamenteuses, mais le choix de ces corps doit être judicieux compte-tenu des antécédents et de l'état organique du patient, de la gravité du syndrome dépressif à traiter, des propriétés des drogues, des inconvénients et des incompatibilités des produits utilisables.

La chimiothérapie ne doit en effet pas être considérée comme une panacée et les états dépressifs sévères sont parfois difficiles à réduire par cette seule méthode. Dans ces cas l'association avec les chocs électriques, d'ailleurs couramment employée dans les services spécialisés, apportera l'amélioration.

C - L'IMPOSSIBILITE D'UN SCHEMA THERAPEUTIQUE STANDARD

Est lié pour une part au très grand polymorphisme des états dépressifs rencontrés par le Praticien tant sur les plans étiologique et nosologique que symptomatique, d'autre part à la grande diversité des produits utilisables seuls ou en association, enfin en raison des réels dangers auxquels exposent les antidépresseurs.

Tous ces facteurs rendent très complexe le traitement des états dépressifs par le généraliste.

D - LES RECHUTES ET LES RECIDIVES :

Constituent essentiellement un problème de pratique.

La grande efficacité des méthodes thérapeutiques, la chimiothérapie en particulier, ne doit pas faire oublier le caractère purement suspensif de leur activité.

C'est pourquoi les traitements trop tôt allégés, prématurément suspendus ou poursuivis à une posologie mal adaptée, exposeront tout particulièrement aux rechutes et aux récidives.

C'est dire combien le Praticien doit être averti de ces problèmes et combien est souhaitable la collaboration psychiatre-médecin de famille qui seuls permettront l'étroite surveillance des déprimés lors des traitements au long cours qui se justifient par la fréquence des rechutes et des récidives.

En conclusion, nous pouvons donc dire que le traitement des états dépressifs est, comme le signalait BARUK, un problème de médecine générale.

CONCLUSION

Au cours de cet exposé nous avons voulu montrer toute l'importance des syndromes dépressifs en médecine praticienne, "non seulement parce qu'ils visent un nombre de malades très important et qui aura tendance vraisemblablement à augmenter encore en raison des conditions de la vie moderne, mais aussi parce qu'ils posent des problèmes délicats entre organicité et signes fonctionnels ..." SCHERRER.

Nous avons en particulier insisté sur la parfaite connaissance séméiologique des états dépressifs que doit avoir le médecin de famille pour résoudre ces problèmes.

Ces derniers, dominés par le diagnostic d'une mélancolie et la prophylaxie du suicide, sont en effet fort complexes, d'une part à cause de la grande diversité étiologique et symptomatique des états dépressifs que nous avons sans cesse signalée au cours de cette étude, et d'autre part parce que "le fait psychiatrique angoisse le médecin et fait dévier ses facultés d'observation vers le seul secteur corporel aux dépens de l'observation du comportement et de la vie psychique qui se trouve ainsi séparée de la vie somatique" GUYOTAT.

Or, justement, le déprimé ne recherche pas seulement dans son médecin un homme de science, mais un homme tout cours sur qui il puisse reporter l'affection ou l'amitié qu'il n'éprouve plus pour ses proches ; Pour cette raison de nombreux auteurs, BALINT, BARUK ... pensent que nul n'est mieux placé que le médecin de famille qui assiste au début de l'état dépressif, pour en déceler les causes, pour recevoir les confidences et pénétrer l'esprit du sujet, le médecin doit donc accepter l'offre (selon l'expression de BALINT) que le patient lui fait de sa maladie.

Une fois l'état dépressif reconnu, il reste encore au Praticien à prendre les mesures qui s'imposent et agir vite par un traitement spécifique énergique dont il doit connaître les limites et les dangers. Ces mesures consistent dans l'hospitalisation des dépressions graves (en particulier les mélancolies) ou lorsqu'une tentative de suicide se dessine, dans l'appel au spécialiste dans les cas délicats, et dans la mise en oeuvre d'une chimiothérapie efficace dans les cas simples en sachant cependant que la façon dont il prescrit autant que la qualité de

ce qu'il prescrit est un facteur de guérison et sans oublier que le risque de suicide, même dans les cas les plus banaux, doit rester sa préoccupation constante.

Enfin, nous pouvons dire avec SCHERRER que la diversité et la complexité du problème des états dépressifs "exige cette étroite collaboration entre psychiatres et praticiens dont nous ressentons aujourd'hui particulièrement l'importance et la nécessité".

Vu le Président de Thèse :

Professeur PICHOT

Vu le Doyen de la Faculté :

Pour le Doyen :

L'Assesseur :

Professeur D. BARGETON

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ABELY P.
Endocrinopathie et Psychiatrie.
Journal Med. et Chir. Prat. 1956 - 4e cahier - Page 147

ABOULKER P.
Les cystalgies de nature psychosomatique.
Revue du Praticien 1962 - N° 28 - Page 3069.

AJURIAGUERRA J. et Coll.
Monoamines et S.N.C.
1 volume - 1962 - Masson éditeur.

AUBERTIN E.
Le canular des internes de l'Hôpital Beaujon.
Journal de Médecine de BORDEAUX - 1963 - Tome 140
N° 8 - Page 1185.

BAGHEON
Les asthénies
Feuillets médicaux 1963 - N° 83.

BALINT M.
Le médecin, son malade, sa maladie.
1 Volume - Presses Universitaires de France, Ed.

BARUK H.
Traité de Psychiatrie.
2 Volumes - Paris 1959 - Masson Ed.

BARUK H. (Propos recueillis par F. LOT)
"C'est à la médecine générale et non à la psychiatrie de traiter la plupart des déprimés nerveux".

Figaro Littéraire, 10 Octobre 1961.

BARUK H.
Traitement psychopharmacologique et psychothérapique des dépressions. Danger des méthodes aveugles.
Société Moreau de TOURS, Séance du 28.1.1963.

BAYON N.
Les maladies de la raison.
Gazette Médicale - 1962 - N° 7 - Page 1129.

BECK A.T., SETHI B.B. et TUTHIL R.W.
Childhood bereavement and adult depression.
Arch. Gen. Psych. - 1963 - N° 9 - Page 295.

BECKER E.
Vers une théorie globale de la dépression. Une évaluation des objets des jeux et de la signification dans une confrontation des disciplines.
Journal of Nervous and Mental Disease - Baltimore - 1962 N° 1 - Page 26.

BERGOUIGNAN M.
Les dépressions symptomatiques.
Revue du Praticien - 1963 - N° 25 - Page 3033.

id. Processus involutif et états dépressifs.
Acta Neuropsiquiatr. Arg. 1960 - N° 6 - Page 177.

BERTAGNA L.
La dépression mélancolique. Etude clinique et thérapeutique.
Revue du Praticien - 1957 - N° 15 - Page 1651.

id Les aspects psychiatriques de la fatigue.
Revue du Praticien - 1962 - N° 20 - Page 2339.

BLEULER M.
Endokrinologishe psychiatrie.
Stuttgart 1954 - Thieme Ed.

BOLGERT M. et SOULLE
Etude clinique et psychosomatique de 200 cas de psoriasis.
Semaine des Hôpitaux - 1955 - N° 22 - Page 1251.

BOREL A.
Les troubles psychiques de la ménopause.
Revue du Praticien - 1953 - N° 26 - Page 1857

BOURLIERE F. et DRY J.
La gériasthénie.
Revue du Praticien - 1962 - N° 20 - Page 2257.

BOURRAT Ch. et BOURRAT L.
Les dépressions mélancoliques et psychose maniaco-dépressive.
Revue du Praticien - 1963 - N° 25 - Page 3011.

BROUSSOLLE P.
Les principaux syndromes psychiatriques
Cahiers du Triangle - N° 2 - Page 17 - SANDOZ Ed.

BRUSH R.W. et KAELBLING R.
Le retour à domicile des malades psychiatriques contre l'avis médical.
Journal of Nervous and Mental Disease - Baltimore - 1963 - N° 3 - Page 288.

BUGARD P.
Les états fonctionnels de fatigue.
Revue du Praticien - 1962 - N° 20 - Page 2225.

CASTETS B. et LEFORT R.
Les états dépressifs séniles.
Concours Médical - 1962 - N° 37 - Page 4795.

CAZZULLO C.L.
La chimiothérapie de l'anxiété.
Europa Medica - N° 1 - Page 21.

CHAMARD
Pathologie des grands ensembles.
Semaine Thérapeutique - 1964 - N° 4 - Page 271.

CHAMPSPIERRE R.P.
Contribution à l'étude endocrino-psychique de la ménopause
Thèse Paris 1960.

CHENE P.
Problèmes psychologiques chez les cancéreux.
Gazette Médicale - 1962 - N° 21 - Page 3095.

COLDEFY J.M.
Psychologie appliquée à la chirurgie.
1 Volume - 1963 - Flammarion Ed.

COTTE L.
Etats dépressifs d'involution.
Journal de Médecine de Lyon - 1963 - N° 1025 - Page 101.

DAUMEZON G.
Transplantation et maladie mentale.
Revue du Praticien - 1965 - N° 2 - Page 119.

DELAY J.
Psychiatrie et chirurgie.
Discours inaugural du 66° Congrès de l'Ass. Franç. de Chirurgie - Méd. Prat. 1965 - N° 261 - Page 21.

DELAY J.
Introduction à la médecine psychiatrique.
1 Volume - 1961 - Masson Ed.

id Les déréglements de l'humeur.
1 Volume, 2° Edition - 1961 - Presses Universitaires de France Ed.

DELAY J. et DENIKER P.
Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie.
1 Volume 1961 - Masson Ed.

DELAY J., DENIKER P., LEMPERIERE T. GINESTET D.
Deux années d'expérience de l'Imipramine.
Ann. Med. Psycho. - 1961 - N° 1 - Page 235.

DELORE P., MITRAILLET J. et CUFFIA Ch.
Sur l'état mental des gens âgés. Données pratiques.
Revue Lyonnaise de Med. - 1960 - N° 13 - Page 855.

DEMUTH E.L.
Quelques problèmes psychiatriques des gens âgés.
Revue Lyonnaise de Med. - 1960 - N° 13 - Page 883.

DENIKER P.
Traitement des états dépressifs.
Revue du Praticien - 1963 - N° 25 - Page 3063.

DENIKER P. et GINESTET D.
Nouvelle chimiothérapie des états dépressifs.
Sem. Hop. Therap. - 1960 - N° 7 - Page 645.

DERVILLEE P.
Fatigue et vie moderne. Causes et importance.
Revue du Praticien - 1962 - N° 20 - Page 2193.

ECK
Travail, fatigue et équilibre mental.
La Santé d'aujourd'hui - 1 Volume - 1962 - Centre d'Etudes LAENNEC.

EY H.
Psychoses maniaco-dépressives.
Etudes Psych. 1954 - Tome III - Page 481.

EY H.
Manuel de Psychiatrie.
1 Volume - 1963 - Masson Ed.

EY H.
Les psychopathes dangereux.
Revue du Praticien - 1962 - N° 31 - Page 3237.

EY H.
Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique.
Evol. Psychiatrique - 1955 - Fasc. III - Page 532.

FOLLIN S.
Semiologie des états dépressifs.
Revue du Praticien - 1963 - N° 25 - Page 2987.

FONTAN M.
L'alcoolisme féminin.
Revue du Praticien - 1964 - N° 4 - Page 419.

FRAYSSINET A.
Sommeil, insomnie, hypersomnie.
Gazette Médicale - 1963 - N° 10 - Page 1837.

FREOUR P., COUDRAY P., SERISE P., ESVANS J.
La psychiatrie et les médecins.
Hygiène mentale - 1961 - N° 5 - Page

FREUD S.
Introduction à la psychanalyse.
1 Volume - 1962 - Payot Ed.

GAMBS A., POUGET R. et COLL.
Etats dépressifs symptomatiques d'affections organiques.
Ann. Med. Psycho. - 1963 - N° 121 - Page 578.

GAULTIER M., GORCEIX A., FOURNIER E., ZIMBACCA N., LEJEUNE M.
La tentative de suicide par empoisonnement chez l'adolescent.
Semaine des Hôpitaux - 1963 - N° 50 - Page 2371.

GAYRAL L.
Précis de Psychiatrie.
1 Volume - 1962 - Baillière Ed.

GILL M.
University conference on depression and allied states.
Canadian Psychiatric Ass. Jour. - 1959 - Special Supplément Vol. 4.

GOMEZ DE ARAJO
Quelques remarques sur la phénoménologie de la dépression.
Ann. Med. Psycho. - 1961 - N° 5 - Page 865.

GOSSET J.
Psychologie et Chirurgie.
Semaine des Hôpitaux - 1963 - N° 46 - Page 2151.

GUYOTAT J.
Médecine générale et psychiatrie.
Cahiers du Triangle - N° 2 - Page 35 - Sandoz Ed.

id Attitude du médecin praticien devant l'angoisse du malade.
Europa Medica - 1965 - N° 1 - Page 26.

id La crise d'angoisse
Revue du Praticien - 1962 - N° 31 - Page 3263.

HELD R.
Dépression à expression somatique.
Revue du Praticien - 1963 - N° 25 - Page 3001.

HELD R.
Insomnie névrotique. Aspects cliniques et significations.
Evol. Psych. - 1960 - N° 1 - Page 1.

HINTIN J.M.
Les schémas de l'insomnie dans les états dépressifs.
Journ. of Neurology Neurosurgery and Psychiatry - Londres - 1963 - N° 2 - Page 184.

ISRAEL L.
Les "malades qui n'ont rien" ou la psychothérapie du praticien.
Semaine des Hôpitaux, Semaine Médicale - 1962 - N° 15 - Page 589.

JOSSERAUD
Psychopathologie des grands ensembles immobiliers.
Bulletin Chambre Syndicale des Propriétés Immobilières de Lyon - Février 1960 - N° 653.

KERNEUZET P.
Contribution à l'étude des états dépressifs au cours des délires chroniques.
Thèse 1962 - Bordeaux.

KIELHOLZ P.
Clinique, diagnostic différentiel et traitement des états dépressifs.
Acta Psychosomatica - Documenta Geigy - N° 1.

KIELHOLZ P.
Etat actuel du traitement pharmacologique des dépressions.
L'encéphale 1962 - N° 5 - Page 397.

KIELHOLZ P. et BECK D.
Recherches neurovégétatives et thérapeutiques dans les états de dépression faisant suite à l'épuisement des forces de l'organisme.
Praxis Berne - 1962 - N° 39 - Page 962.

KOUPERNIK C.
Les cenestopathies dans les névroses et les psychoses.
Entretien Bichat 1961.

KOUPERNIK C.
L'équilibre mental.
1 Volume 1959 - Paris - Fayard Ed.

KOUPERNIK C.
Les dépressions
Concours Médical - 1964 - N° 19 - Page 3037.

KOUPERNIK C.
Traitement des dépressions.
Concours Médical - 1964 - N° 25 - Page 4095.

KOUPERNIK C., MICHEL-WOLFROM H.
Comment diagnostiquer les maladies dépressives et comment utiliser les I.M.A.O.
Concours Médical - 1965 - N° 30 - Page 4770.

KRANZ
Le problème des tranquillisants dans la pratique générale.
Leur limite et leur mauvais usage.
Europa Medica - 1965 - N° 1 - Page 1.

LAMBERT P.A.
Les états dépressifs 1 et 2.
Synthèses cliniques 13 et 14 - 1960 - Garnier Ed.

LAMBERT P.A.
Les états dépressifs et leur traitement.
Gazette Médicale - 1965 - N° 7 - Page 1359.

LAPLANE D.
Risques des traitements et médicaments psychotropes.
Revue du Praticien - 1965 - N° 11 - Page 1395.

LAUNAY J.
Thérapeutique séméiologique des états dépressifs.
Société MOREAU de Tours - Séance du 16 décembre 1962.

LAURAS A.
Moyens d'abord du malade psychiatrique - Plan d'observation et réflexions sur l'examen psychiatrique.
Concours Médical - 1963 - N° 2 - Page 173

LAURAS A.
Chimiothérapie antidépressive 1 et 2.
Concours Médical - 1964 - N° 39 - Page 5241.
N° 40 - Page 5413.

LAURIERS (A. des)
Risque de suicide chez les déprimés.
Revue du Praticien - 1963 - N° 25 - Page 3055.

LE MOAL P.
Les enfants déprimés.
Vie Médicale N° Spécial NOEL 1962 - Page 41

LEMPERIERE T.
Les dépressions psychogènes réactionnelles d'épuisement et névrotiques.
Revue du Praticien - 1963 - N° 25 - Page 3021.

LEMPERIERE T. et des LAURIERS A.
Le risque de suicide dans les psychoses.
Revue du Praticien - 1962 - N° 31 - Page 3253.

LEREBOULLET J.
Qu'est-ce que l'alcoolisme - Ses aspects - Ses causes.
Revue du Praticien - 1964 - N° 4 - Page 359.

LOPEZ IBOR J.
L'angoisse vitale et son traitement.
Europa Medica - 1965 - N° 1 - Page 8.

MALE P.
Les progrès récents de la psychiatrie : la psychothérapeutique.
Gazette Médicale - 1965 - N° 7 - Page 1377.

MALLET J.
La dépression névrotique.
Evol. Psych. - 1955 - Fasc. 3 - Page 485

MARCHAIS P.
Essais d'approche clinique des états dépressifs névrotiques.
Leurs indications chimiothérapiques actuelles.
Société MOREAU de Tours - Séance du 16 décembre 1962.

MARCHANT P. (Propos recueillis par)
La dépression nerveuse.
Réalité - 1964 - N° 217 - Page 29.

MEYER-HIRSCH R.
La dépression en endocrinologie.
Société MOREAU de Tours - Séance du 16 décembre 1962.

MICHAUX L.
Possibilités et limites de la médecine psychosomatique.
Presse Médicale - 1961 - N° 24 - Page 1077.

MICHEL-WOLFROM
Gynécologie psychosomatique.
1 Volume - 1963 - Masson Ed.

MONTASSUT M.
Médecine psychosomatique et psychiatrie clinique.
Gazette Médicale - 1965 - N° 7 - Page 1305.

MONTASSUT M.
La dépression constitutionnelle : composantes psychosomatiques de la neurasthénie et de la psychasthénie.
Gazette Médicale - 1965 - N° 7 - Page 1329.

MONTASSUT M. et LEROY C.
De quelques répercussions psychologiques et psychiatriques contemporaines.
Gazette Médicale - 1962 - N° 7 - Page 1107.

NACHT S. et RECAMIER P.
Les états dépressifs : étude psychanalytique.
Revue Française Psycha. - 1959 - N° 5 - Page 567.

NICK J. et GRASSET A.
Les aspects psychiatriques des céphalées.
Vie Médicale - Mai 1964.

PAILLERETS B. de
Les problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale - Thèse 1960 - Paris.

PEIGNE
Les états dépressifs - Formes cliniques et traitement.
Vie Médicale - 1963 - Med. et Thérap. - N° 6 - Page 51.

PEQUIGNOT H., DE PAILLERETS B., KOUPERNIK C., GORCEIX A.
La tentative de suicide et ses récidives.
Débat Constellation Médecine - 1962 - N° 18 - Page 5.

PERRIN P.
Alcool et vie moderne.
Gazette Médicale - 1962 - N° 7 - Page 1091

PICHOT P.
Nosologie des états dépressifs.
Acta Psychosomatica Documenta - Geigy - N° 2;

PICHOT P. et LEMAITRE G.
Acquisitions nouvelles dans le traitement des troubles psychiques de la sénilité.
Revue du Praticien - 1958 - N° 15 - Page 1633.

PITTS F.N. et GUZE S.B.
Psychiatric disorders and myxoedema.
Amer. Journ. of Psych. - 1961 - N° 118 - Page 142.

POSTEL M. et POSTEL J.
Défaillance psychique du vieillard.
Gazette Médicale - 1962 - N° 10 - Page 1687.

REMINGTON F.B. et RUBERT S.L.
Why patients with brain tumors come to a psychiatric hospital : a thirty year survey.
Amer. Journ. of Psych. - 1962 - N° 119 - Page 256.

RENAUD J. et NETTER A.
Aménorrhées psychogènes.
Semaine des Hôpitaux - 1962 - N° 8 - Page 1720.

RONDEPIERRE J.J.
Psychoses dépressives chez les gens âgés.
Revue du Praticien - 1963 - N° 25 - Page 3045.

REONDEPIERRE J.J.
La psychiatrie qui guérit.
Gazette Médicale - 1965 - N° 7 - Page 1327.

RUMKE H.C.
Psychothérapie de l'anxiété.
Europa Medica - 1965 - N° 1 - Page 17.

SCHERRER P.
Les dépressions
Concours Médical - 1963 - N° 50 - Page 6832.

SYMPOSIUM SUR LES ETATS DEPRESSIFS
ROUART J., EY H., COURCHET L., MALLET J., LEIBOVICI S
Evol. Psych. - 1955 - N° 3 - Page 459.

WAROT P. et FOSSATI P.
Psychoses et glandes endocrines
Rapport au Congrès de Psychiatrie et Neurologie - 1961 - Masson Ed.

WIDLOECHER
Climat psychologique de la ménopause.
Centre Médical Scient. - 1963 - N° 7 - Page 7.

X... Problème de pratique courante - Le déprimé suicidaire.
Med. Prat. - 1965 - N° 257 - Page 16.

X ... Déprimés et anxieux.
Documents - N° 55 - 1963 - Midy Ed.

X ... Les déprimés chez l'omnipraticien.
Terramycine Information - 1963 - N° 2 - Pfizer Clin Ed.

X ... Stimuler ou tranquilliser.
1 Plaquette 1963 - Pfizer Clin Ed.

X ... Psychosomatique
1 Plaquette - 1964 - Pfizer Clin Ed.

X ... Le mal du demi-siècle : l'Homme.
1 Plaquette - 1964 - Pfizer Clin Ed.

X ... Le mal du demi-siècle : La Femme.
1 Plaquette - 1965 - Pfizer-Clin Ed.